

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1906

THÈSE

N°

291

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 31 Mai 1906, à 1 heure

PAR

Paul LANDON

DU

Décollement du Placenta

INSÉRÉ NORMALEMENT

AU COURS

DE LA GROSSESSE

Président : M. BUDIN, professeur

Juges { MM. BONNAIRE, agrégé
DÉMELIN, agrégé
BRINDEAU, agrégé

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les
diverses parties de l'enseignement médical.*

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

BONVALOT-JOUE

15, RUE RACINE, 15

1906

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen		M. DEBOVE.
Professeurs		MM.
Anatomie.....		P. POIRIER
Physiologie.....		Ch. RICHET.
Physique médicale.....		GARIEL.
Chimie organique et Chimie minérale.....		GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....		BLANCHARD
Pathologie et thérapeutique générales.....		BOUCHARD
Pathologie médicale.....	}	HUTINEL.
		BRISSAUD.
Pathologie chirurgicale.....		LANNELONGUE
Anatomie pathologique.....		CORNIL.
Histologie.....		MATHIAS DUVAL
Opérations et appareils.....		SEGOND.
Pharmacologie et matière médicale.....		POUCHET.
Thérapeutique.....		GILBERT.
Hygiène.....		CHANTÉMESSE
Médecine légale.....		BROUARDEL
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....		DEJERINE.
Pathologie expérimentale et comparée.....		ROGER.
Clinique médicale.....	}	HAYEM
		DIEULAFOY.
		DEBOVE
		LANDOUZY.
Maladies des enfants.....		GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....		JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....		GAUCHER.
Clinique des maladies du système nerveux.....		RAYMOND
Clinique chirurgicale.....	}	LE DENTU.
		TERRIER.
		BERGER.
		RECLUS.
Clinique ophtalmologique.....		DE LAPERRONNE
Clinique des maladies des voies urinaires.....		GUYON.
Clinique d'accouchements.....	}	BUDIN.
		PINARD.
Clinique gynécologique.....		POZZI
Clinique chirurgicale infantile.....		KIRMISSON.
Clinique thérapeutique.....		A. ROBIN.

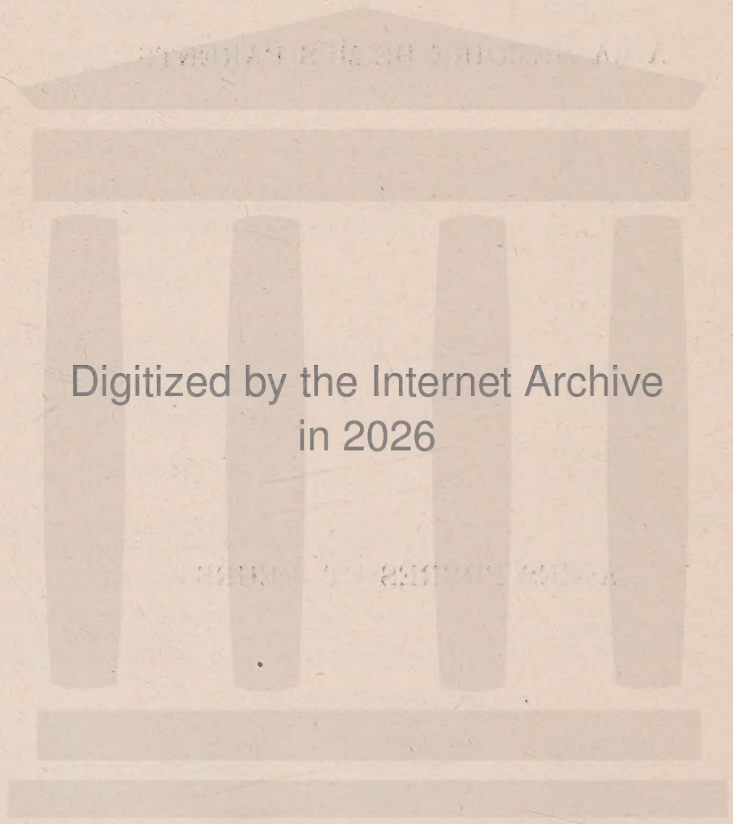
Agrégés en exercice.

MM.			
AUVRAY	DESGREZ	LAUNOIS	POTOCKI
BALTHAZARD	DUPRE	LEGRY	PROUST
BRANCA	DUVAL	LEGUEU	RENON
BEZANÇON	FAURE	LEPAGE	RICHAUD
BRINDEAU	GOSSET	MACAIGNE	RIEFVEL (chef
BROCA (ANDRÉ)	GOUGET	MAILLARD	des travaux anat.
CARNOT	GUIART	MARION	TEISSIER
CLAUDE	JEANSELME	MAUCLAIRE	THIROLOIX
CUNEO	LABBE	MERY	VAQUEZ
DEMELIN	LANGLOIS	MORESTIN	WALLICH

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MES PARENTS

A MES FRÈRES ET SŒURS



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

A MON MAITRE

MONSIEUR LE DOCTEUR BONNAIRE

Accoucheur à Lariboisière

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR P. BUDIN

Professeur de Clinique obstétricale à la Faculté

Accoucheur des hôpitaux

Membre de l'Académie de médecine

Officier de la Légion d'honneur

INTRODUCTION

Le décollement prématuré du placenta est un accident d'une exceptionnelle gravité ; le pronostic en effet, presque fatal pour l'enfant, reste sombre pour la mère.

Son existence ne saurait plus être niée aujourd'hui. En 1878, Stolz le conteste encore, mais il serait bien difficile maintenant de discuter la réalité de cette grave complication après les relations cliniques de Budin (1888), les communications de Winter (1889) appuyées sur des pièces anatomiques très probantes et après la publication plus récente de Pinard et Varnier représentant la coupe d'un utérus gravide atteint de cet accident.

Le plus grand facteur de cette complication est sans conteste l'albuminurie. Celle-ci, avec la brièveté du cordon, le traumatisme et la rupture du sinus circulaire sont quatre causes anatomiquement démontrées, cette dernière dont il a été rarement parlé, nous inté-

ressant particulièrement. D'autres que nous passerons en revue ont été incriminées.

Il est entendu que toutes ces causes agissant sur un placenta vicieusement inséré aboutiraient au même résultat.

Depuis quelques années, l'étiologie et la pathogénie de cet accident sont beaucoup moins obscures, il n'en est pas de même pour le diagnostic fait trop souvent après coup pour être vraiment utile.

Aussi appellerons-nous particulièrement l'attention sur l'hémoglobinométrie dans le diagnostic des hématomes rétro-placentaires, qui permit à notre interne et ami Devraigné (1), de préciser à la Maternité de Lari-boisière un diagnostic hésitant.

Avant d'aborder notre sujet qu'il nous soit permis d'adresser nos plus vifs remerciements aux maîtres distingués qui ont pris soin de nous diriger pendant le cours de nos études et à tous ceux qui, de près ou de loin, ont acquis droit à notre reconnaissance.

Tout d'abord aux professeurs de l'école de Médecine d'Amiens qui nous enseignèrent avec patience et dévouement une grande partie des principes de la Médecine.

MM. Boussavit, Peugniez, Pauchet, Bax, Fage, Fournier, Moulonguet, Labarrière, Pancier et Moynier de Villepoix.

J'adresse un témoignage de particulière gratitude à M. le docteur Peugniez, au regretté docteur Bax, pour

(1) Communication à la Société d'Obstétrique, 15 juin 1905.

leurs bons et réconfortants conseils, pour leur brillant enseignement et leur grande cordialité qui nous rendaient si attrayantes nos premières études de chirurgie et de médecine.

Que nos maîtres de la Faculté de Médecine de Paris daignent accepter nos respectueux hommages pour les savantes leçons qu'ils nous ont toujours prodiguées.

M. le docteur Comby, médecin de l'Hôpital des Enfants malades, qui éveilla en nous le goût de la médecine infantile.

M. le docteur Barié, médecin des Hôpitaux, à qui nous sommes reconnaissant de ses belles leçons sur les maladies de cœur.

M. le docteur Bonnaire, agrégé, accoucheur des Hôpitaux, dans le service duquel nous nous sommes perfectionné dans la pratique des accouchements. nous le prions d'accepter nos témoignages de respectueuse reconnaissance et notre vive gratitude pour avoir bien voulu nous donner le sujet de cette thèse et nous avoir guidé de ses conseils avec une grande bienveillance.

CHAPITRE PREMIER

Historique.

Les auteurs classiques qui ont précédé le xvii^e siècle semblent avoir méconnu ces accidents si graves pour la mère et pour l'enfant ; la cause de ce silence est peut-être dans ce fait que pendant de longues années, l'obstétrique fut reléguée parmi les arts manuels et confiée aux mains des matrones.

J.-L. Baudelocque, dans son *Traité de l'art des accouchements*, donne pour la première fois une description classique de ces pertes internes.

Il conclut que « ces sortes d'épanchement pouvaient devenir assez considérables pour influencer manifestement sur les forces de la femme, sur sa vie et celle de son enfant. Il avait aussi remarqué que ces épanchements pouvaient n'être pas apparents, demeurer internes derrière le placenta décollé.

Malgré l'autorité de cet accoucheur illustre, Mme Boivin, en 1818, repousse formellement l'idée d'hémorragie rétro-placentaire. Mme Lachapelle également,

dont la vaste expérience repose sur plus de 40.000 accouchements, rejette « cette théorie du caillot lenticulaire qui décolle peu à peu le placenta du centre à la circonférence ».

C.-A. Baudelocque, qui avait traité de la question en même temps que Mme Boivin, cite de nouvelles et nombreuses observations de Balme, de J.-L. Baudelocque, de Chevallier, de Deneux et de Delaforterie.

Plus tard Gendrin admet la réalité de ces faits, Jacquemier les classes en deux variétés, l'une interne ou latente, l'autre externe ou apparente.

Braxton-Hicks (23 cas, 1860), Goodel (106 cas, 1869), Pilat (1874), Brunton (1875) publient des travaux importants sur ce sujet dont la conclusion est contestée par Stolz (1) en ces termes : « On a parlé aussi d'hémorragie interne dans laquelle le sang s'accumulerait entre la matrice et le placenta en repoussant celui-ci en forme d'entonnoir. Ceci est de la théorie pure que la pratique n'a plus confirmée depuis Baudelocque. »

Mais les faits observés par Budin (2) (1888), par Winter (3) (1889), par Mme Henry, sage-femme en chef de la Maternité de Paris, par Pinard et Varnier (4), rendent indiscutable la réalité de cette complication et permettent d'en esquisser la physionomie, Rousseau-

(1) Article Dystocie, du *Nouveau Dictionnaire de méd. et de chirurg.*, t. XII, 1878.

(2) Des hémorragies internes de l'utérus granide. Leçons recueillies par Bonnaire. *Progrès méd.*, t. I, 1888, p. 2541.

(3) Zvei Mediauschnitt durch gebverende, Berlin, 1889.

(4) *Atlas d'anatomie obstétricale.*

Dumarcet (thèse de Paris 1892) établit deux grandes causes du décollement rétro-placentaire : l'albuminurie et la brièveté du cordon. Maygrier (1892) présente à la Société d'obstétrique l'observation d'une femme morte par suite d'hémorragie foudroyante à 8 mois et demi, Bonnaire (1893) s'occupe de la question et présente une observation à la Société d'obstétrique (juin 1893, p. 127), Maksud (1893) apporte l'attention sur la rupture du sinus circulaire et les hémorragies qui en résultent, Bué (archives de tocologie, p. 481), Pujol (1866) citent des faits intéressants, Brindeau (1896) tire quelques considérations par l'examen de 312 arrière-faix, Budin (1897) dans son *Traité des femmes en couches et nouveau-nés*, p. 143, rapporte une observation des plus intéressante d'hémorragie rétro-placentaire par suite de la rupture du sinus circulaire, Lehman (thèse 1898) cite l'hydramnios comme cause de la complication qui nous occupe, Lelong (1901) s'occupe exclusivement du traumatisme, Curt-Grulich (thèse Halle 1903) reprend à nouveau la question sans toutefois y apporter de considérations bien nouvelles.

CHAPITRE II

Etiologie.

Un grand nombre de causes ont été invoquées comme pouvant produire le décollement prématuré du placenta normalement inséré ; mais parmi celles-ci quelques-unes ne peuvent jouer qu'un rôle accidentel et insuffisant pour elles seules à déterminer cette terrible complication. Nous allons du reste les passer en revue en discutant la valeur respective de chacune.

A) Albuminurie.

L'albuminurie occupe le premier rang des causes du décollement prématuré du placenta normalement inséré.

Par l'examen des observations que nous avons mises à la fin de ce travail, on verra quel rapport étroit il existe entre les troubles rénaux et les pertes internes intra et rétro-placentaires. Plus des $\frac{3}{4}$ des femmes ayant présenté cette complication sont pro-

fondément albuminuriques avec ou sans éclampsie, avec ou sans antécédents de néphrite.

Qu'il nous soit permis, en deux mots, de rappeler l'histoire des hémorragies intra-placentaires qui ont un rapport si constant avec la question qui nous occupe. Cruveilhier le premier a attiré l'attention « sur les foyers apoplectiques du placenta qui sont la source d'avortement » ; Jacquemier a suivi ces altérations sur un grand nombre de placentas et a constaté l'avortement inévitable lorsqu'un grand nombre des cotylédons est altéré. Blot (1849) s'occupe des placentas hémorragiques, mais n'a en vue que les pertes après délivrance. Moir (1864, in Edimb, méd. Times). Simpson, Lawson Tait ont montré les relations de cause à effet entre les maladies du placenta et de l'albuminurie. Chantreuil (1879), Goodel, Weatherley et Habit (de Vienne) signalent des cas fort intéressants, mais sans résoudre la question.

Fehling, en 1885, au Congrès de Strasbourg, signale cinq observations lui permettant d'attribuer d'une façon définitive les lésions rénales de la mère parmi les causes habituelles de la mort du fœtus, cette terminaison survenant par défaut de nutrition due au tarissement du placenta par des infarctus blancs.

Peu de temps après, le docteur Rouhaud (1887), puis le docteur Cagny (1891) montrent la fréquence de cet accident chez les albuminuriques et quelles peuvent en être les conséquences pour le fœtus.

Le docteur Rousseau-Dumarcet (Th. de Paris 1892) reprend la question et démontre les indiscutables rela-

tions qui unissent les hémorragies intra-placentaires au décollement du placenta. Il reproduit la coupe que Winter publia en 1889 (observation 1) et qui montre bien l'origine intra-placentaire de l'hémorragie. Ici, en effet, le rameau de l'hématome s'avance jusqu'à la face fœtale du placenta et prouve surabondamment que l'hémorragie avant d'être rétro-placentaire était intra-placentaire. Ses observations X et XI nous montrent également les orifices de communication des petits hématomes avec le siège principal rétro-placentaire de l'hémorragie.

La maladie de Basedow a été signalée comme pouvant produire le décollement placentaire. Haberlin, en 1890, en rapporte un exemple ; Benicke la signale également. Il n'est pas rare au cours de cette maladie, de constater des troubles rénaux se manifestant par la présence d'albumine dans les urines, par de la polyurie, symptômes auxquels on attribue une origine bulbaire ; d'après Béglié la présence de l'albuminurie serait constante, mais intermittente, et le plus souvent pendant la période digestive. On constate fréquemment chez ces malades, des œdèmes, des épistaxis ; on observe quelquefois aussi chez eux des hémorragies cérébrales ou autres symptômes communs à la maladie de Bright. Ce n'est donc pas le goître exophtalmique qui serait la véritable cause du décollement, mais bien plutôt l'albuminurie qui l'accompagne. La malaria a été également citée. Ici encore il est rationnel d'incriminer l'albuminurie, les paludéens chroniques offrent des lésions qui se rapprochent de celles du mal de

Bright et s'identifient presque avec elles. Soldatow, Atkison, Lancereau et Laveran ont signalé la néphrite paludéenne dont Kelsch et Kiemer ont fait une étude complète. Les mêmes raisons peuvent s'appliquer à la variole, à l'érysipèle, qui furent également incriminés ; mais pour la variole cependant, cette raison ne vaudrait tant que l'hémorragie surviendrait à la fin de la maladie. On comprend en effet que l'accouchement prématuré survenant au début est bien plutôt dû à l'intoxication variolique et à l'hyperthermie, ayant tué le fœtus qu'à une métrorragie que l'albuminurie n'aurait pas eu le temps de provoquer. Il est permis d'admettre également que les pertes utérines constatées chez les femmes enceintes au cours des maladies infectieuses, telles que la grippe, sont dues à l'albuminurie. Tous les classiques, en effet, admettent une forme métrorragique de ces maladies.

Il serait intéressant de rechercher si cette forme métrorragique coïncide toujours avec l'apparition de l'albumine dans les urines. Ainsi s'expliquerait alors la congestion de l'utérus et les hémorragies consécutives.

Bien d'autres maladies prédisposent aux hémorragies en général : la leucocithémie, l'hémophilie, le purpura ; mais rien ici ne vient prouver la pathogénie de ces accidents.

B) *Brièveté du cordon.*

La brièveté naturelle ou accidentelle du cordon doit

être reconnue comme cause du décollement placentaire. Mauriceau, le premier l'avait admis. Dans le *traité des maladies des femmes grosses*, il dit : « j'ai souvent remarqué que la longueur du cordon de l'ombilic était beaucoup raccourcie par plusieurs contours qui environnent quelquefois le col de l'enfant, fait pour lors que l'enfant qui est ainsi bridé par ce cordon, ne peut presque se remuer, qu'il ne tiraille l'arrière-faix où il est attaché et n'en fasse en même temps un détachement d'avec la matière qui cause aussitôt une perte de sang d'autant plus grande et dangereuse que ce détachement est grand. » Jacquemier n'est pas de cet avis et le contredit formellement.

Cependant le mécanisme de cet accident est facile à comprendre et deux cas sont à considérer pendant le travail et pendant la grossesse.

Pendant le travail si la longueur du cordon est réduite naturellement ou accidentellement par des circulaires autour du cou, soit par enroulement autour des membres, il faut pour que le travail progresse, pour que la partie qui se présente descende dans l'excavation pelvienne, ou que le cordon se rompe, ou que les attaches du placenta cèdent et permettent ainsi l'engagement du fœtus.

Si, dans ce dernier cas, l'insertion du cordon se trouve au bord inférieur du placenta celui-ci se décolle alors partiellement laissant plus de liberté au fœtus. Si, au contraire, l'insertion se trouve au bord supérieur du placenta, il y aura arrachement total de cet organe.

La très grande brièveté naturelle du cordon est

extrêmement rare, cependant on a vu des cordons ne mesurant que 15, 10 centimètres, même un centimètre (Sclafer); et Mende, dont l'observation est rapportée par Cazeau a vu un cordon qui était si court que le fœtus paraissait adhérent au placenta. Dans ce cas, le fœtus entraîne forcément son placenta dans son mouvement de descente (observation II).

Pendant la grossesse, le fœtus est animé de mouvements actifs, mouvements quelquefois assez énergiques pour repousser très fortement une main, je suppose, placée sur le ventre de la mère. Si, par exemple, le cordon forme un nœud autour d'un pied, le fœtus peut arracher lui-même son placenta, provoquer une hémorragie et sa mort, tel est le cas rapporté le 20 novembre 1891 à la clinique Baudelocque; à l'autopsie on trouva l'œuf intact, entièrement décollé et libre dans la cavité utérine, le cordon faisait un nœud autour du pied de l'enfant qui, d'un seul mouvement avait arraché totalement le placenta (observation III).

C) *Brides amniotiques.*

Certaines brides amniotiques, comme un cordon bref peuvent aussi, dans certaines conditions, décoller le placenta. Elles peuvent, par leur disposition réduire la longueur du cordon; d'autre part, elles peuvent, en formant des replis membraneux s'insérant en même temps sur le fœtus et sur le placenta tirailler sur celui-ci. L'observation IV nous montre un type de ces

malformations de l'amnios. Cette membrane, en effet, au lieu d'envelopper étroitement le cordon et de recouvrir normalement la face fœtale du placenta forme un véritable repli de 6 cent. de longueur partant du bord supérieur de cet organe pour se fixer un cordon. Et c'est précisément au point d'insertion placentaire du repli que se trouve le foyer hémorragique.

Un cas plus typique encore a été présenté à la société de gynécologie, d'obstétrique et de pédiatrie de Bordeaux par M. Fieux. La photographie de cette anomalie montre l'insertion de la bride au bord du placenta d'une part, d'autre à 6 centimètres, au-dessus de l'insertion du cordon sur le placenta. Ce repli formait une corde tendue à 16 centimètres de longueur. Le cordon ne mesurait que 38 centimètres. D'après cette observation, le travail s'était arrêté, la tête de l'enfant se trouvant déjà sur le plancher pelvien et à chaque contraction il s'écoulait un peu de sang, comme dans la rupture du sinus circulaire. Sur la face utérine on constata la présence d'un caillot récent du volume d'un œuf de poule. Que s'était-il passé? Le cordon était un peu court, le méso s'insérait sur le bord le plus élevé du placenta; le fœtus en opérant sa descente a dû exercer des tractions qui décollèrent la partie sous-jacente du délivre.

D'après ces observations, il est permis de comprendre comment la présence d'un méso-cordon peut augmenter la brièveté du cordon, qu'elle soit naturelle ou accidentelle et le rendre insuffisant si ce méso-cordon se trouve dans l'axe de sortie du fœtus et cette situa-

tion sera d'autant plus aggravée que le méso remontera plus haut sur le cordon.

D) *Hydramnios. Grossesse gémellaire.*

L'hydramnios aigu qui distend l'utérus d'une façon exagérée doit être invoqué dans l'étiologie de l'hémorragie rétro-placentaire (1). Dans les dernières semaines de la grossesse, toutes les parties de l'utérus continuent à augmenter en surface, alors que le placenta est déjà à peu près développé complètement ; généralement, celui-ci se prête à cette augmentation de volume, grâce à son élasticité et à sa division en lobules susceptibles d'être écartés. Mais si son tissu a subi quelque dégénérescence ou quelque infiltration, il ne pourra plus suivre ce mouvement d'extension, surtout si la présence d'une quantité anormale de liquide amniotique amène une exagération rapide de cet accroissement de l'utérus, il se formera en un point quelconque du placenta des ruptures au niveau de ses adhérences, amenant un épanchement sanguin qui, lui aussi, par sa présence, achèvera le décollement (observation V).

Si pendant ou avant le travail la poche des eaux vient à se rompre, le même mécanisme de l'hémorragie se produit aussi ; mais, en sens contraire, le liquide amniotique s'échappe alors brusquement et l'utérus qui

(1) Tarnier et Budin. *Traité de l'art des accouchements*, t. III, Dystocie maternelle.

avait été jusque-là distendu d'une manière exagérée par sa quantité anormale, tend à reprendre très rapidement son volume primitif. Le placenta ne peut, comme l'utérus formé d'un tissu très élastique, suivre ce mouvement de rétraction immédiate ; il se produit des ruptures vasculaires dans l'épaisseur de ses tissus, surtout au voisinage de ses adhérences avec l'utérus : une hémorragie sera la conséquence de cette rétraction brusque de l'organe gestateur sur lui-même, hémorragie aggravée par l'état d'inertie qui laisse les sinus ouverts, l'utérus comme un ballon dégonflé, ne retrouvant plus sa tonicité normale.

Une observation publiée par Bernheim (observation VI) nous fait assister à la marche de cette complication. Jusqu'à la rupture de la poche des eaux, il n'y avait eu rien d'anormal pendant le travail mais après cette intervention et l'écoulement de 5 litres de liquide amniotique, une hémorragie assez importante pour causer la mort du fœtus et mettre les jours de la mère en danger se produisit quelque temps après.

Dans la grossesse gémellaire, le même accident peut se produire, on peut en effet rencontrer deux masses placentaires distinctes réunies par un pont membraneux. Il peut arriver alors et pour les mêmes raisons que celles citées plus haut, qu'aussitôt après l'expulsion du premier fœtus, le placenta de celui-ci se décolle et entraîne partiellement le décollement du placenta du fœtus restant. D'où une hémorragie qui peut avoir pour la mère et surtout pour le fœtus les plus grands inconvénients.

De même lorsque les placentas sont parfaitement libres, l'utérus revenant sur lui-même peut décoller partiellement le second délivre et provoquer l'hémorragie (1).

E) *Traumatisme.*

Le traumatisme a été incriminé à chaque instant comme cause du décollement prématuré du placenta, trop souvent même nous pourrions dire.

Au moyen âge surtout, les auteurs ignorant la possibilité de l'insertion vicieuse, considéraient les hémorragies coïncidant avec la présence de cotylédons au niveau de l'orifice utérin, comme le résultat du décollement du placenta ; le traumatisme était pour eux la cause fréquente de cet accident.

Guillemineau, en 1621, parle des traumatismes, sauts, chutes, coups, toux, qui peuvent amener cette complication.

Peu (1694), Dionis (1718), Mauriceau (1728), Puzos (1759), puis J.-L. Baudelocque s'occupent du traumatisme, Gendrin (1839) admet la prédisposition, Jacquemier (1846) également.

Mlle de Forin (thèse de Paris, 1891-92) cite parmi les causes occasionnelles : le vomissement, la toux, la détécation, un faux pas, une promenade prolongée,

(1) Observation de MM. Budin et Maygrier. *Archives de Tocologie*, janvier 1884.

une émotion vive, puis des traumatismes plus violents, chute, coup sur le ventre, soulèvement d'un lourd fardeau.

Elle fait une grande part à la multiparité comme cause prédisposante. Il est certain en effet qu'à la suite de couches répétées la paroi utérine s'est modifiée et a perdu de sa tonicité.

M. Bonnaire eut l'occasion d'intervenir auprès d'une femme prise d'hémorragie rétro-placentaire, à la vue d'un homme qui fut amputé d'un doigt accidentellement. Il se demande si outre l'effroi ressenti par la malade, il n'y a pas lieu de rechercher la cause de cette hémorragie dans la compression de l'utérus produite par la paroi musculaire de l'abdomen.

Lelong (thèse de Paris 1901) passe en revue les causes traumatiques pouvant amener la complication qui nous occupe et cite 15 observations à l'appui de sa thèse. D'après l'une d'elles l'autopsie fut pratiquée et permit d'établir la preuve anatomique indiscutable (obs. VII).

Lelong ne croit pas cependant que le traumatisme soit une cause fréquente de décollement placentaire ; chaque jour en effet des femmes enceintes subissent des traumatismes semblables à ceux que nous avons énumérés sans qu'il survienne aucune complication.

A ce sujet nous citerons le fait suivant rapporté par le professeur Tillaux dans une leçon de clinique chirurgicale (*Bulletin médical*, janvier 1898). « A Beaujon, j'ai soigné une femme enceinte de cinq mois qui était tombée du sixième étage sans se faire d'autres

lésions que des contusions multiples, qui continua sa grossesse normalement et accoucha à terme. »

Il faut, d'après Lelong, pour que le décollement se produise que le choc soit assez violent pour qu'il porte directement à travers la paroi abdominale sur la paroi de l'utérus.

Il n'est pas prouvé, d'après lui, que le décollement puisse se produire, même après un traumatisme portant sur la paroi abdominale, si le placenta n'est pas inséré à la paroi antérieure de l'utérus.

F) *Rupture du sinus circulaire.*

La rupture du sinus circulaire (observation VIII) est une cause relativement fréquente du décollement placentaire autant que peu connue. L'observation rapportée par M. Budin, dans une leçon faite à la Maternité, le 26 mars 1896, est un type remarquable de cette complication.

La planche IV dans son « *Traité des femmes en couches et nouveau-nés* » représentant le placenta de face et de profil en montre la preuve anatomique indiscutable.

On y voit nettement une partie de la surface utérine du placenta recouverte par un gros caillot qui se prolonge dans le sinus circulaire déchiré. Il est donc évident que dans ce cas, l'hémorragie provenait d'une rupture du sinus circulaire ; le sang sorti du sinus avait soulevé et décollé le placenta et les membranes.

Ces ruptures quelquefois multiples mais en général uniques existent sur une plus ou moins grande étendue, souvent l'ouverture du sinus de Meckel permet à peine le passage d'un stylet ou d'une allumette, ce qui explique les cas nombreux qui ne donnent lieu à aucune complication. Lop, signale une ouverture de 58 millimètres qui était recouverte par un caillot volumineux, ces hémorragies abondantes s'étalent à la fois sur les cotylédons et sur les membranes, quelquefois aussi le caillot ne dépasse pas le rebord placentaire comme s'il n'avait pu décoller ces dernières.

La rupture du sinus circulaire si fréquente dans l'insertion vicieuse du placenta n'est pas absolument rare dans le cas qui nous occupe ; aussi lorsque en face d'une hémorragie rétro-placentaire on ne peut relever aucune des causes signalées plus haut doit-on penser qu'elle puisse être la conséquence de cette rupture.

Il nous reste à citer des causes qui, elles non plus, ne sont plus contestées par personne, ce sont l'endométrite et la myométrite. MM. Tarnier et Budin dans leur *Traité d'accouchement*, les rangent dans l'étiologie des hémorragies rétro-placentaires, qu'elles soient primitives et locales ou en rapport avec les cachexies tuberculeuse, cardiaque, exophtalmique, syphilitique et surtout albuminurique.

CHAPITRE III

Symptômes, marche et terminaison.

Nous verrons, au chapitre de l'anatomie pathologique, que les décollements placentaires peuvent se borner à des surfaces très minimes dans certains cas, d'autres fois le décollement peut être total.

Ces constatations avec les observations qui font suite à ce travail nous feront voir comment dans certains cas également ces accidents peuvent n'avoir que très peu de retentissement sur l'état général de la mère ; comment d'autre fois la situation devient rapidement très grave et amène en quelques heures la mort de la femme.

Dans ce dernier cas, il s'agit ordinairement d'une grossesse avancée. Prise tout à coup d'une hémorragie assez abondante, elle ressent en même temps une douleur sourde, profonde, dans les reins et l'abdomen le plus souvent localisée en un point, douleur continue que le palper rend plus vive, ou qui cesse pour revenir à des intervalles inégaux, elle débute dans certains cas

avec un caractère si brusque et si aigu qu'elle peut éveiller dans l'esprit l'idée d'une rupture utérine.

Cette femme est pâle, froide, les lèvres sont décolorées les yeux grands ouverts, la pupille dilatée, ses membres inférieurs sont engourdis ; elle est agitée inquiète, en proie à un malaise général qui cesse pour faire place aux syncopes et aux lipothymies ; sa peau rugueuse donne au toucher une sensation visqueuse spéciale ; son intelligence est annihilée elle répond mal aux questions posées, ou pas du tout, elle ne voit plus, elle n'entend plus.

Le pouls filiforme, petit, incomptable ou absent ; c'est le pouls de toute hémorragie grave.

On note très souvent de l'œdème aux malléoles, aux paupières, de la bouffissure de la face, indices de l'existence de l'albumine dans les urines.

Localement l'utérus prend un développement exagéré, qui, quelquefois attire l'attention de la femme elle-même, sa partie supérieure de 34 centimètres en moyenne au dessus de la symphyse pubienne monte à 36, 38, 40 centimètres pour des grossesses de 7 mois et demi, et ce, en quelques heures à peine. Il devient dur, ligneux, formant un bloc unique sur lequel il est impossible de reconnaître aucune partie fœtale. C'est seulement 24 heures après ces accidents qu'on peut, dans certains cas, constater la consistance molle de l'utérus qui tend à redevenir normale. On extrait alors un fœtus macéré indiquant bien qu'un certain temps déjà s'est écoulé. Barnes, Leroux, Levret, Kortright et Baudelocque auraient perçu une tumé-

faction locale qui siégerait au niveau de l'épanchement. De nos jours, M^{me} Henry aurait constaté fréquemment cet empâtement caractéristique.

L'auscultation ordinairement est négative, on n'entend plus les bruits du cœur de l'enfant, celui-ci ayant presque toujours succombé dès le début des accidents. Si dans des cas très rares, nous percevons encore les bruits du cœur, ils montent vivement à 150, 160, 170 puis après plusieurs oscillations ils redescendent à 100 et 80 pour cesser bientôt ; en même temps le fœtus a des mouvements exagérés, spasmodiques, indiquant qu'il souffre et que la mort est proche.

Au toucher le col est dur et résistant comme tout le segment inférieur, si le travail est commencé la poche des eaux bombe dans le vagin, elle est tendue même dans l'intervalle des contractions ; il est alors souvent impossible de faire le diagnostic de la présentation.

Si l'on rompt la poche des eaux, le liquide amniotique au lieu d'être opalescent est souvent rosé, teinté par le sang qui a infiltré le placenta et les membranes et pénétré jusqu'au liquide amniotique.

L'hémorragie, suivant les obstacles et les difficultés que le sang rencontre pour parvenir jusqu'au dehors peut se manifester de diverses façons.

L'hémorragie interne ou cachée (*concealed hemorrhage* des médecins anglais) la plus difficile à diagnostiquer, est en même temps la plus rare ; le sang s'accumule entre la paroi utérine et la placenta qu'il décolle en s'y creusant une loge ou cupule qui peut contenir

jusqu'à 1200 grammes de caillots ; si les adhérences périphériques du placenta ne sont pas suffisamment résistantes, le sang les décolle et sinsinue sur la face interne de l'utérus, le long des membranes qu'il détache de proche en proche et finit par arriver jusqu'à l'orifice du col. Là, la partie fœtale qui se présente, et qui se trouve en partie dans l'excavation, peut, en s'appliquant exactement sur tout le segment inférieur, fermer hermétiquement tout passage au sang, et le forcer ainsi à s'accumuler derrière elle. L'hémorragie jusqu'alors est toujours cachée.

Si le sang, en dépit de l'obstacle parvient à s'écouler librement au dehors, l'hémorragie est dite mixte.

Elle peut être visible aussitôt après les premiers symptômes comme elle peut ne l'être que plusieurs heures après. Tantôt elle est réduite à un suintement attirant à peine l'attention, tantôt elle se fera d'une manière continue, abondante avec des moments d'arrêt correspondant à chaque contraction utérine. La douleur qui l'accompagne présente ce même caractère d'intermittence redevenant plus intense et plus aiguë chaque fois que l'écoulement recommence.

Le sang mêlé à des caillots de grosseur variable est très fluide, rouge foncé, noirâtre, quelquefois roussâtre, ce ne serait alors que le sérum séparé des caillots restés derrière le placenta.

Que l'hémorragie soit externe ou interne, la terminaison peut se faire de diverses manières suivant qu'elle précède ou suit le début du travail.

Si le travail n'est pas commencé, il peut arriver

dans les cas heureux, du reste les plus rares, que les accidents n'aient que très peu de retentissement sur l'état général de la mère et que l'écoulement s'arrête spontanément ou après une intervention; le décollement est alors trop peu étendu pour amener la mort du fœtus malgré la diminution de l'aire placentaire et les échanges nutritifs sont encore suffisants; le sang épanché se coagule et subit la dégénérescence fibrineuse sur place.

Si le fœtus succombe au début des premiers symptômes, on peut voir son expulsion tarder, surtout si l'accident se produit à une date assez rapprochée du terme, il est alors soumis au phénomène de la macération.

Le plus souvent l'hémorragie, en provoquant le travail se termine par l'expulsion du fœtus mort ou vivant; si les contractions utérines sont efficaces, l'accouchement se fait en peu de temps, ce qui constitue l'issue la plus heureuse pour la mère.

Souvent, loin d'être aussi rapide le travail est souvent lent et soumis à de fréquents arrêts. Par suite de la contraction permanente de l'utérus, les douleurs s'affaiblissent et finissent par disparaître plus ou moins; l'hémorragie persiste malgré les interventions, surtout si elle est purement interne, le volume de l'utérus augmente en quelques heures. En même temps les phénomènes généraux redoublent d'intensité: à la céphalalgie, aux oppressions viennent s'ajouter des douleurs épigastriques, souvent même des vomissements. La température générale du corps s'abaisse progressivement, le pouls devient de plus en plus

rapide, à peine perceptible, incomptable, la malade agitée de mouvements convulsifs n'a plus de forces, en proie à des syncopes passagères qui se renouvellent et se prolongent de plus en plus, elle succombe bien avant la fin du travail.

Quelquefois la femme ne meurt que plusieurs heures après la délivrance, après l'arrêt de toute hémorragie son état d'anémie grave ne lui permettant pas de lutter plus longtemps.

Lorsque l'accouchement a lieu, presque toujours il a lieu en son temps : le placenta décollé avant la fin du travail suit immédiatement le fœtus appliqué contre lui, derrière le délivre s'écoule un flot de sang rouge sombre, mêlé à des caillots de grosseur variable ; la quantité de sang peut aller jusqu'au poids de 1500 et même de 2.000 grammes. Certains auteurs anglais ont qualifié d'une façon heureuse et qui fait image l'expulsion rapide des diverses parties de l'œuf : ils l'appellent : « accouchement en avalanche. »

CHAPITRE IV

Diagnostic.

Lorsque tous les symptômes que nous venons de décrire se trouvent réunis chez une malade, le diagnostic s'impose immédiatement. Il est des cas et ce sont les plus nombreux qui permettent un doute sur l'existence de cet accident soit parce qu'un ou plusieurs des signes pathognomoniques viennent à faire défaut, soit parce que leur peu d'intensité les dérobe à notre attention ; c'est ainsi que des hémorragies internes légères ont passé inaperçues et n'ont pu être reconnues qu'après la délivrance.

Il est deux accidents qui devront toujours être présents à notre esprit parce qu'ils simulent jusqu'à un certain point le décollement du placenta normalement inséré : la rupture utérine et la rupture du kyste dans la grossesse extra-utérine.

La rupture utérine peut être, comme beaucoup d'autres accidents, marquée par des symptômes très variables d'intensité. Tantôt, la femme jette un cri

tant la douleur est vive, la sensation de déchirure et de craquement est nette, elle tombe en syncope, son état général est rapidement grave ; d'autres fois une douleur continue, supportable, en un point fixe, vient remplacer les douleurs assez vives et intermittentes. Le sang ordinairement noir, poisseux, sirupeux, collant aux mains, s'écoule par les organes génitaux externes. Pour M. Pinard, le sang est rouge, artériel ou tout au moins sans caractères suffisants pour permettre de le différencier des autres hémorragies. Si la déchirure est étendue, le fœtus passe en partie dans la cavité abdominale et est directement accessible au palper, il est pour ainsi dire sous la main. Les contractions utérines cessent généralement, il y a une sorte d'arrêt du travail. Le ventre est irrégulier et déformé mais n'offre pas comme dans l'hémorragie rétro-placentaire cette tension exagérée, cette dureté ligneuse, cet état de tétanisation qui empêchent de distinguer et de délimiter les différentes parties du fœtus. L'auscultation, si l'enfant est encore vivant, donne des bruits beaucoup plus éclatants, le foyer se trouvant plus rapproché de l'oreille. Le toucher fait sentir un utérus rétracté ; le doigt ne réussit pas à atteindre une partie fœtale, et trouve tout le segment inférieur revenu sur lui-même.

Si ces accidents graves remontent déjà à plusieurs heures, des symptômes de péritonite aiguë viennent bientôt confirmer la diagnostic.

On comprendra sans peine que tous ces symptômes locaux et généraux varieront suivant le siège de la

déchirure, son étendue, suivant qu'elle intéresse ou non de gros vaisseaux, suivant enfin que l'utérus sera contracté ou en état d'inertie complète ; toutes choses qui ne seront pas pour éclairer le diagnostic.

La rupture du kyste fœtal dans la grosse section utérine présente un ensemble de signes qui ont une très grande analogie avec ceux de l'hémorragie rétro-placentaire. Mais il n'y faudra plus guère penser si la grossesse dépasse trois ou quatre mois. C'est, en effet, à part quelques rares exceptions, entre 2 et 3 mois que la rupture a lieu. Le tableau est trop connu pour le rappeler ici, tous les symptômes sont accentués, on a vu des femmes succomber en trois quarts d'heure.

Le toucher pourra donner quelques indications ; il révélera presque toujours un empâtement dans un des culs de sacs latéraux. Enfin, comme pour la rupture une péritonite aiguë ne tarde pas à se déclarer, provoquée par le contact du fœtus et des liquides rejetés par le kyste sur la séreuse de la cavité abdominale.

La rupture du sinus circulaire qui peut quelquefois provoquer un décollement placentaire donne naissance généralement à des symptômes moins graves que chez celui-ci et provoque bien rarement une augmentation du volume de l'utérus. Néanmoins pendant la grossesse il sera bien difficile d'attribuer le début d'une hémorragie, à l'un ou à l'autre de ces accidents. Pendant le travail, les caractères de l'hémorragie signalés par M. Maygrier, accoucheur des hôpitaux et M^{lle} Hiernard, sage-femme en chef de son service, feront penser à la rupture du sinus circulaire grâce à l'intermit-

tence régulière de l'écoulement synchrone aux contractions utérines. S'il n'y avait cependant que ces caractères pour entraîner notre conviction, nous ne serions pas complètement satisfaits, car nous avons vu au chapitre des symptômes du décollement placentaire que l'écoulement qui, dans certain cas, est peu abondant présente également ces caractères d'intermittence, mais ici cependant, à peu près toujours l'enfant est vivant, les battements du cœur sont normaux, mais un peu sourds.

Il est intéressant de distinguer les hémorragies provenant d'un décollement prématuré du placenta normalement inséré de celles qui sont liées à une insertion vicieuse; cette distinction est d'autant plus importante que dans certains cas, d'ailleurs assez rares, on peut trouver des hémorragies rétro-placentaires dues à une insertion vicieuse en bas et en avant (1).

Les écoulements sanguins du placenta vicieusement inséré se font d'une manière insidieuse, sans cause appréciable, la femme au repos et même endormie.

Rarement continue, cette hémorragie se reproduit de temps à autre et n'est jamais assez abondante pour être mortelle dès sa première apparition; toujours indolente et silencieuse, elle ne provoque chez la femme un état d'anémie grave que par sa répétition. Le sang rouge vermeil ne ressemble pas au sang rouge cassis de l'hémorragie interne. Il n'existe jamais de modification de l'utérus dont la consistance reste molle et élastique.

(1) Bailly. *Gazette des hôpitaux*, 1873. — Lehmann. Thèse de Paris, 1898.

Au toucher, le doigt arrive sur un col dévié en arrière et en dehors de la ligne médiane, il rencontre un repli circulaire du vagin qui simule une dilatation avancée, alors qu'il n'y a aucun travail ; si, au contraire, la dilatation est suffisante pour laisser passer l'index, celui-ci touche des membranes dures et rugueuses et arrive parfois sur un des bords du placenta. Le segment inférieur est épaissi sur le côté opposé de la déviation du col, au lieu d'implantation placentaire. Il ne faudrait pas non plus prendre pour un placenta *prævia* un placenta totalement décollé ayant glissé sur le col. Le palper nous permet de constater que la tête reste élevée, qu'elle ne se fixe pas au détroit supérieur, qu'elle butte sur une surface légèrement élastique qui n'est autre que le placenta.

Comme nous l'avons dit, si le placenta s'insère vicieusement en bas et en avant, ces symptômes peuvent manquer pour faire place à ceux de l'hémorragie interne.

Nous ne citons que pour forme le diagnostic à faire avec l'ouverture d'une varice vaginale, avec une grossesse gémellaire ou avec l'hydramnios aigu, dans ce dernier cas du reste la femme n'est point anémiée, la fluctuation est des plus nette.

C'est aussi pour la même raison que nous ne nous étendrons pas sur la différence à faire entre les accidents qui nous occupent et le diagnostic de l'appendicite se déclarant dans les derniers mois de la grossesse.

Nous venons d'essayer, par l'étude critique des symp

tômes différentiels que peuvent présenter les femmes enceintes dans certains états graves, de porter un diagnostic exact. Nous nous sommes aperçu que ce n'est point toujours la chose facile, qu'il y a quelquefois impossibilité absolue de conclure surtout en l'absence du classique tableau clinique. Il est, en effet, des pertes internes considérables qui, pendant quelque temps, laissent la femme dans un état général relativement satisfaisant. On comprend alors toute l'importance d'un diagnostic précoce ; en peu de temps il peut être trop tard si l'on n'intervient pas et la mère et l'enfant succombent.

C'est pourquoi il nous a paru intéressant d'apporter l'attention sur les services que peut nous rendre l'hémoglobinométrie et particulièrement sur l'hémoglobinomètre de Gowers dont la pratique est d'une si grande simplicité laquelle n'exclut pas la précision.

Notre interne et ami Devraigne dans sa thèse récente nous en a fait voir tous les avantages.

Dans un cas il a pu, devant nous, pendant notre stage à Lariboisière, nous renseigner de telle sorte que notre maître M. Bonnaire, affirma un diagnostic un instant hésitant. L'observation personnelle que nous en avons prise étant la même que la communication ci-dessous, nous ne la reproduirons pas au chapitre « observations ».

Voici, *in-extenso*, cette communication faite à la Société d'obstétrique de Paris, le 15 juin 1905, par Louis Devraigne notre interne :

De l'hémoglobinométrie dans le diagnostic des hématomes rétro-placentaires.

Pendant l'année d'internat que nous venons de faire chez M. le docteur Bonnaire à la Maternité de Lari-boisière, nous eûmes la bonne fortune d'observer 7 cas d'hématomes rétro-placentaires. Le diagnostic en fut fait avant l'accouchement dans certains cas où le tableau clinique classique, souvent dramatique, de cet accident de la grossesse se trouva réalisé au complet. Plusieurs fois le diagnostic ne fut fait qu'après coup, et cela parce qu'un ou plusieurs des signes pathogénomiques firent défaut. Comment s'étonner, en effet, qu'on ne diagnostique pas un hématome rétro-placentaire chez une primipare de 26 ans, albuminurique, qui accouche à 7 mois d'un enfant mort né de 1.720 grammes et peu avant la sortie de son placenta d'un caillot de 150 grammes. qu'on replace ensuite dans une géode très nette de ce placenta ? Au cours du travail, le pouls était très normal, le ventre constamment dur. Mais comment ne pas s'étonner que le même diagnostic n'ait pas été fait chez une autre primipare de 19 ans, albuminurique, qui accouche d'un enfant mort de 2.750 grammes et 3 minutes après d'un placenta de 530 grammes, chassé par 1150 grammes de caillots ? Pendant le travail elle avait le ventre dur, l'utérus gros et rétracté, mais jamais elle ne présenta une minute le tableau impressionnant des hémorragies internes.

Nous nous trouvâmes dernièrement en présence d'un cas dont la complexité clinique rendait d'autant plus difficile le diagnostic précis. Il s'agissait d'une quartipare ayant eu de l'éclampsie à ses premières grossesses, une troisième grossesse normale ; au début de la grossesse actuelle, elle avait été mise au lait par son médecin pendant trois semaines. Elle entra le 9 mai à 6 heures du matin dans le service de M. le docteur Bonnaire pour début de travail. Elle était à 7 mois 3 semaines environ ; il n'y avait pas trace d'albumine. Le pouls était à 72, la température de 36.8. La sage-femme de garde qui examina cette femme fut tout de suite frappée par l'extrême tension presque continuelle du ventre qui rendait le palper impossible.

M. Bonnaire vit la femme à 10 heures et renonça à atteindre les parties fœtales par le palper ; celui-ci était très douloureux. Au toucher, M. Bonnaire trouva un col entrouvert, à bords œdématisés. En dépit des douleurs accusées par la femme et de la dureté de l'utérus, les membranes restent flaccides, l'œuf n'est pas tendu. Le doigt perçoit cependant à travers le segment inférieur une tête qui ballotte avec la plus grande facilité. A l'auscultation on n'entend pas de bruits de cœur. Le pouls bat 90 et est bien frappé.

M. Bonnaire pense un moment à une rupture utérine puis rejette ce diagnostic. Il discute les deux diagnostics d'hydramnios avec enfant vivant et d'hématomie rétro-placentaire avec enfant mort. Dans le

doute, notre maître nous prie de faire le dosage de l'hémoglobine de la parturiente.

A l'aide de l'hémoglobinomètre de Gowers, nous savons 3 minutes après que cette femme n'a pas plus de 65 o/o d'hémoglobine. Comme il n'y a pas eu d'hémorragie externe ni en ville, ni dans le service, nous concluons, en dépit du bon état général de la femme à une hémorragie interne. M. Bonnaire affirme alors le diagnostic d'hématome rétro-placentaire.

Nous surveillons la femme tout spécialement. A 7 heures du soir le col présente une dilatation de 5 francs. Nous lui faisons prendre un bain d'une heure. A 11 heures et demie la rupture spontanée des membranes se produit. A 1 heure et demie, la femme accouche d'une fille morte de 1.730 grammes. Cinq minutes après, la délivrance naturelle et complète se fait. Le placenta sort, pesant 400 grammes et est suivi aussitôt de 270 grammes de sang liquide et de 630 grammes de caillots. Les suites furent normales, il n'y eut pas d'hémorragie après la délivrance.

Cette observation nous a paru intéressante, étant donnée la difficulté qu'il y avait eu pour faire un diagnostic sûr. Nous la publions simplement pour prendre date. Nous ne prétendons pas que l'hémoglobinomètre de Gowers permettra toujours d'affirmer, toujours l'hématome rétro-placentaire. Mais, d'après la pratique que nous avons de l'appareil, d'après les services qu'il nous a déjà rendus dans certains cas de grossesses extra-utérines rompues, par exemple, nous pouvons dire que dans le cas où, de par l'absence

d'un ou plusieurs signes classiques importants de l'hématome rétro-placentaire, le diagnostic est hésitant, le dosage de l'hémoglobine est un bon moyen clinique à la disposition du praticien pour éclairer un diagnostic particulièrement difficile.

CHAPITRE V

Anatomie pathologique

L'hémorragie rétro-placentaire détermine des lésions ordinairement très marquées qui permettent à l'inspection de porter un diagnostic rétrospectif.

Le placenta est recouvert sur sa face utérine de caillots plus ou moins adhérents et différents d'aspect selon leur âge. Chez les femmes albuminuriques on trouve entre les cotylédons des masses plus dures que le tissu voisin : ce sont des foyers hémorragiques, des infarctus. Si le foyer hémorragique est très ancien, il est dur, rétracté et jaune paille ou blanchâtre, formé de couches stratifiées et concentriques qui vont en se décolurant du centre à la périphérie. Les villosités sont altérées, on distingue à peine en leur centre quelques vestiges de vaisseaux. Dans certains infarctus blancs le tissu conjonctif est en voie de formation. Au milieu de ces éléments, de ces cellules blanches, circulent des vaisseaux très grêles qui se rompent parfois et forment de petits foyers plus durs encore.

Si l'hémorragie est moins ancienne, l'infarctus un peu moins dur, moins bien délimité prend une teinte plus foncée ; il a l'apparence d'une truffe enchassée dans le parenchyme et peu apparente. Dissimulé dans les cotylédons, il peut quelquefois les écarter et faire saillie à la face utérine. A ce stade de formation le microscope décele la présence de masses fibrineuses occupant les lacs sanguins, ces coagulums sont fortement teintés par les seules matières colorantes du sang, les hématies étant presque toutes disparues ; les villosités tassées les unes contre les autres ont perdu leur épithélium et leurs vaisseaux sont presque détruits.

Lorsque l'hémorragie est toute récente elle a l'apparence de gelée de cassis, tranchant nettement avec les tissus voisins plus pâles et exsangues, l'infarctus a plutôt une forme régulière en général arrondie. Le microscope laisse apercevoir les villosités ayant conservé pour la plupart leur aspect normal, les vaisseaux sont tous perméables et sans changements apparents. Au milieu des lacs sanguins, entre les villosités, on voit très nettement des filaments fibrineux formant de petites masses qui emprisonnent des globules sanguins.

C'est à la présence des infarctus les plus récents, des caillots non encore organisés et à celle du sang que sont dus le soulèvement du placenta et la rupture de ses attaches avec l'utérus. On constate en soulevant avec soin ces caillots, que très souvent l'origine de l'hémorragie a commencé par être intra-cotylédonaire avant de devenir rétro-placentaire.

La partie sous-jacente est déprimée en cupule dont les bords sont à pic. Cette loge peut contenir 1200 grammes de sang et plus ; tous les tissus aux dépens desquels elle est formée sont tassés, décolorés, méconnaissables. Cette partie du placenta moins épaisse devient fibreuse et jaunâtre si l'épanchement est ancien. Autour de cette surface altérée, se trouve une zone d'épaisseur normale et congestionnée, plus loin le tissu est absolument sain.

Tantôt l'épanchement est réduit à une surface minime, tantôt il occupe toute la partie centrale du placenta et se trouve arrêté par les adhérences plus solides de la circonférence. Si le sang franchit ces limites, il s'insinue sous les membranes où il peut se former une poche où il s'accumule en quantité plus ou moins considérable.

Au contact du sang les membranes deviennent rugueuses et le doigt perçoit à leur surface des aspérités facilement reconnaissables à la vue.

Enfin, le placenta peut être entièrement décollé ; il est comparable alors à une lamelle de tissu mince, exsangue dur à la pression, doublé d'un énorme caillot adhérent. On ne trouve plus trace de cotylédons, ni d'aucuns vaisseaux.

Comme on le voit, toutes ces altérations causes et conséquences des hémorragies intra et rétro-placentaires ne sont que les différentes périodes d'une même lésion que l'on peut trouver réunies sur le même placenta.

Mais comment expliquer cette formation de l'infarc-

tus ? Par quel processus, sous quelles influences ces coagulations se forment-elles ?

Nous savons qu'il est une condition essentielle pour que le sang ne se coagule pas dans les vaisseaux, il faut que les épithéliums de revêtement interne soient exempts de toute altération pathologique. Or, les cellules épithéliales des parois des villosités et des lacs sanguins subissent une sorte de dégénérescence : des aspérités, un dépôt arrête le cours du sang et provoquent à ce niveau un ralentissement de la circulation inter-utéro-placentaire.

Est-ce par défaut de nutrition, est-ce sous l'influence de quelque agent microbien, est-ce enfin parce que la composition du sang est modifiée que ces altérations des cellules épithéliales se produisent ? La question n'est pas résolue.

À la lésion de quels vaisseaux doivent être attribuées les hémorragies intra-placentaires des albuminuriques qui déterminent les hématomes rétro-placentaires ? On a beaucoup discuté sur ce sujet. Fehling et Rossier ont attribué ces accidents aux lésions des vaisseaux de la caduque et non à celles des vaisseaux fœtaux, Rossier notamment a vu sur une coupe, des vaisseaux maternels complètement dépourvus de leur endothélium, alors que les vaisseaux des villosités choriales étaient normaux et conservaient leur calibre. Steffek récemment a confirmé ces travaux.

CHAPITRE VI

Pronostic.

Le pronostic du décollement du placenta normalement inséré est presque fatal pour les enfants, ils succombent presque immédiatement et ceux qui, par hasard, sont extraits vivants périssent malgré tous les soins qui leur sont prodigués. Ils meurent d'asphyxie. Une première cause en est dans la diminution de la quantité du sang fournie au fœtus par suite de l'hémorragie. Une seconde cause réside dans ce fait que, dans ce dernier cas c'est le fœtus qui cède son oxygène à la mère comme le montrent les expériences que fit le docteur Butte et publiées dans le *Bulletin de biologie*.

A l'état normal, en effet, la densité du sang étant supérieure dans les vaisseaux maternels, l'oxygène passe de la mère au fœtus ; dans le cas d'hémorragie tout le contraire se passe et le docteur Butte en opérant sur des chiennes pleines constata que le sang

venant du fœtus renfermait plus d'oxygène que celui de la mère.

Le tableau suivant nous montre que, d'après les statistiques que nous avons recueillies, le fœtus est à peu près fatalement condamné.

Goodel, sur 107 enfants, 100 meurent ; soit 93,4 %.

Rousseau-Dumarcet, sur 13 enfants, 13 meurent ; soit 100 %.

Henry Coë, sur 126 enfants, 118 meurent ; soit 94 %.

Mme Henry, sur 28 enfants, 26 meurent ; soit 92,8 %.

Lehman sur 32 enfants, 30 meurent ; soit 93,7 %.

Le pronostic est moins sombre pour la mère ; cependant l'hémorragie rétro-placentaire doit être regardée comme une très grave complication de la grossesse ; certaines femmes, comme nous l'avons vu, peuvent mourir avant qu'on ait eu le temps de donner tous les soins que comportait leur état, d'autres, ont perdu une telle quantité de sang pendant le travail que leurs forces et les ressources de leur organisme sont insuffisantes pour lutter contre l'anémie grave qui résulte de ces pertes, ou les complications qui peuvent surgir.

Le tableau suivant nous permet de comparer les mortalités des diverses statistiques :

Brunton, sur 5 femmes, 5 meurent ; soit 100 %.

Braxton-Hicks, sur 23 femmes, 15 meurent ; soit 65,2 %.

Goodel, sur 106 femmes, 55 meurent ; soit 51,8 %.

Henry Coë, sur 152 femmes, 71 meurent ; soit 46,7 %.

Dumarcet, sur 13 femmes, 5 meurent ; soit 38,4 %.

Mme Henry, sur 28 femmes, 2 meurent ; soit 7,1 %.

Lehman, sur 31 femmes, 2 meurent ; soit 6,4 %.

Les deux derniers chiffres paraîtront peut-être un peu bas, mais si l'on pense que ces femmes sont venues assez rapidement dans les maternités d'une des plus grandes villes du monde où un homme de l'art se tient en permanence, où tout est près pour donner des soins éclairés, rapides et énergiques, on ne peut s'empêcher de penser également combien ces chiffres doivent singulièrement s'élever si l'on doit tenir compte de tous les cas qui se présentent et qui sont soignés en dehors des hôpitaux, de l'état plus ou moins critique dans lequel les malades se trouvent lorsqu'on est appelé auprès d'elles.

CHAPITRE VII

Traitement.

En présence d'un décollement prématuré du placenta, bien souvent des soins appropriés suffiront pour éviter de fâcheuses complications chez la mère, surtout si l'on agit dès les premiers symptômes et avant que les pertes aient réduit la femme à un état d'anémie trop grave pour qu'il soit désormais possible de la sauver. C'est pourquoi la question du traitement des hémorragies rétro-placentaires mérite plus particulièrement d'attirer l'attention des accoucheurs en raison de l'intérêt tout pratique qu'elle comporte.

D'abord, y a-t-il un traitement prophylactique ? Nous avons vu que dans plus des trois quarts de cas l'albuminurie était la cause du décollement placentaire ; c'est donc à la néphrite qu'il faut s'adresser, c'est elle qu'il faut combattre par le régime lacté absolu dès que l'albumine sera révélée dans les veines. En même temps peu de médicaments, quelques purgatifs pour nettoyer un intestin qui fonctionne souvent mal et provoque des phé-

nomènes d'auto-intoxication, une hygiène rigoureuse, du repos, un air pur.

Non seulement ce traitement aura une action efficace sur l'état général de la mère, mais il lui évitera encore les crises possibles d'éclampsie. Il permettra également d'espérer l'extraction d'un enfant vivant en arrêtant et en supprimant le développement des lésions placentaires qui feraient obstacle à l'évolution normale du fœtus.

Passons maintenant au traitement curatif ; il semblerait qu'en présence d'accidents qui prennent de suite un caractère intense de gravité, on dût être en possession de moyens de traitements bien définis et efficaces ; il n'en est rien. Si l'on se rapporte en effet, aux nombreuses observations publiées pendant ses dernières années, on verra que les opinions des auteurs diffèrent essentiellement sur le point qui nous occupe ; devant ces méthodes différentes, il est permis d'hésiter avant de se poser des règles fixes sur la conduite à tenir en face de l'hémorragie du décollement prématuré du placenta.

Nous pouvons nous trouver dans les trois cas suivants : cas désespérés, cas très graves, cas graves, quant aux autres, avant six mois l'identité des symptômes et l'uniformité du traitement ont fait confondre dans un même groupement des hémorragies qui, à beaucoup d'égards, représentent des états distincts.

Lorsque nous avons à examiner une femme exsangue dont le pouls est imperceptible ou n'est plus perçu, si la dilatation n'est pas très avancée et surtout si nous

sommes dans un hôpital il n'y a qu'un moyen : l'opération césarienne.

En 1892, comme le rapporte Macolm-Storer, Bagot fit sur une femme une opération de Porro avec un plein succès dans les circonstances suivantes. Cette malade présentait tous les signes de l'hémorragie mixte ; l'utérus s'accrut en très peu de temps d'une manière considérable ; sa consistance dure et ligneuse, son état de tétanisation, le col non effacé, etc., étaient autant de conditions défavorables pour la marche rapide du travail. Le pouls à 150 faisait prévoir avant peu une issue fatale.

L'opération choisie fut le Porro ; malgré des conditions d'hygiène et d'asepsie déplorable (l'opération eut lieu dans un petit village des environs de Dublin), la malade supporta parfaitement le shock opératoire, et après une convalescence pendant laquelle le thermomètre ne s'éleva jamais au dessus de 100° Fahrenheit (37° 7 centigrades) elle revint très vite et facilement à la santé.

Depuis cette époque, plusieurs fois cette intervention fut pratiquée dans le même cas et les résultats furent couronnés de succès. L'hésitation n'est plus permise avec l'antisepsie et la bénignité de l'opération aujourd'hui bien réglée.

En cas d'erreur de diagnostic devant une hémorragie foudroyante on aurait l'avantage de pouvoir ainsi traiter ou la rupture utérine ou celle d'un kyste fœtal.

On pratiquera donc immédiatement l'opération césarienne.

rienne conservatrice à moins que d'impérieuses raisons ne commandent d'enlever l'utérus.

Dans tous les cas le succès dépendra de la rapidité d'exécution.

Aussitôt après l'extraction du fœtus, si le placenta n'est pas expulsé immédiatement comme cela arrive dans la majorité des cas, il est de toute nécessité de faire la délivrance artificielle, de retirer soigneusement tous les caillots de l'utérus et de combattre par une injection intra-utérine à 48^e toute opération post-partum.

Tous les cas, heureusement, ne sont pas aussi désespérés, mais il en est néanmoins de très graves où il n'est pas permis d'employer les moyens moins énergiques dont nous allons parler tout à l'heure. Que faut-il faire et comment? Il faut vider l'utérus le plus tôt possible. C'est l'accouchement forcé.

Plusieurs méthodes s'offrent à nous. S'il n'y a aucune dilatation ou si elle est peu avancée, le moyen le plus rapide nous semble être la dilatation bi-manuelle de M. Bonnaire dont la pratique est aujourd'hui fort répandue en France et à l'étranger. On peut ainsi, chez une multipare dont le col est normal, obtenir une dilatation complète en vingt minutes environ. C'est là un résultat fort appréciable. Malheureusement il n'est pas rare de rencontrer la rigidité de tout ou partie du col, il faut alors beaucoup de patience et du doigté à l'accoucheur afin d'éviter des déchirures qui peuvent d'un seul coup remonter très haut dans la paroi utérine.

Chez une primipare la manœuvre sera un peu plus

longue. Aussitôt la dilatation complète, si l'expulsion tarde un peu une application de forceps ou mieux comme presque toujours l'enfant est mort, une basiotripsie en aura facilement raison. L'embryotomie donnera aussi d'heureux résultats.

A côté de la dilatation bi-manuelle, moyen très recommandable, la version de Braxton-Hicks peut tenir une place utile car elle permet d'abréger notablement la durée de l'accouchement. L'abaissement du pied tout en amenant d'énergiques contractions et par cela même une dilatation rapide permettra de légères tractions et s'il devient nécessaire de procéder même à l'accouchement immédiat ; fut-ce au prix de déchirures du col. Triste nécessité lorsqu'il n'y a plus à choisir.

A côté de ces cas extrêmement sérieux, il en est d'autres où l'on peut temporiser et employer des moyens qui pourront quelquefois suffir sans jamais provoquer les terribles complications dont nous parlions plus haut. Que l'hémorragie soit interne ou mixte, dès que l'on aura reconnu les premiers symptômes permettant d'affirmer que l'on se trouve en face d'un décollement prématuré du placenta, on administrera des injections chaudes à 48°. Suffiront-elles à arrêter l'écoulement ? Momentanément peut-être, mais bien rarement leur action sera suffisante, et l'action hémostatique ne pourra, comme dans les hémorragies du placenta vicieusement inséré atteindre les vaisseaux situés trop loin du col. Il sera donc urgent de recourir à un autre procédé.

Faut-il recourir au tamponnement vaginal que Le-

roux, de Dijon, préconisait mais seulement incidemment au cours de la grossesse ? Cette pratique est peu suivie aujourd'hui, on a trop de choses à lui reprocher : d'être trop douloureux, inefficace, surtout pour le cas qui nous occupe, c'est vouloir arrêter un fleuve à son embouchure, alors que c'est la source même qu'il faudrait tarir ; il est fort mal pratiqué en dehors des hôpitaux et le serait-il bien qu'il n'est pas rare de voir le sang infiltrer les tampons lorsqu'il ne s'accumule pas derrière eux ; dans ce dernier cas l'utérus augmente de volume, la présence de ces tampons transformant l'hémorragie externe en hémorragie interne. Le tamponnement gêne aussi l'évacuation des réservoirs rectal et vésical et produit du côté du vagin des plaies contuses qui, si elles ne s'infectent pas d'emblée comme autrefois, grâce aux précautions antiseptiques, créent cependant un danger d'infection. Pour toutes ces raisons nous rejetons complètement cette méthode. Si on l'employait il faudrait sangler énergiquement le ventre avec un bandage de corps.

Beaucoup d'accoucheurs, après Louise Bourgeois qui l'a conseillé en 1609, après Puzos en 1759, pratiquent la rupture des membranes. Baudelocque se montre aussi partisan de cette mesure, dont le principe est d'obtenir, par le resserrement de l'utérus, une diminution du calibre des vaisseaux, et par conséquent, celle de l'hémorragie. Mais en même temps il fait une réserve, car, dit-il « comme cette hémorragie ne serait pas suspendue entièrement, le sang en s'accumulant dans la matrice lui redonnerait d'autant plus rapide-

ment le volume qu'elle avait auparavant, que son tissu se laisserait plus facilement distendre, opposerait moins de résistance à l'épanchement. L'espace qu'occupaient les eaux de l'amnios se trouverait bientôt rempli par du sang et le danger se serait augmenté dans la même proportion ».

Après Baudelocque, Goodel, R. Barnes, Fredenberg, Pinard, adoptent cette méthode avant même que la dilatation ait commencé. Au contraire, Braxton-Hicks, Brunton, Budin, attendent la dilatation complète ou déjà avancée. D'autres, tels que Winter, Coë, recommandent de ne pas toucher à la poche des eaux jusqu'à la dilatation complète, cette poche devant, disent-ils, s'opposer elle-même, à une nouvelle hémorragie interne.

La question est difficile à résoudre. Si l'hémorragie est due primitivement à une déchirure du sinus circulaire on comprend tout l'avantage qu'il y aura à déchirer largement les membranes, les bords de la plaie béants à cause de la tension intra-utérine se fermeront et l'hémorragie sera moins abondante ou cessera même au moins extérieurement. Dans les autres cas les objections citées plus haut ont toujours leur valeur, et il n'est pas certain que la tête pouvant s'engager dans l'excavation amènera toujours, tant s'en faut une terminaison rapide de l'accouchement. Quoi qu'il en soit, les partisans de cette intervention recommandent pour qu'elle produise son plein effet de déchirer largement les membranes.

Une autre intervention qui rendra certainement de

bons services, surtout lorsque le col présentera une anomalie quelconque, est l'application de l'écarteur de Tarnier. Grâce à la traction élastique du caoutchouc, il triomphe de la tonicité du col qu'il dilate ; de plus il agit d'une manière réflexe en réveillant les contractions de l'utérus.

Manié avec prudence, suivant les principes de M. Bonnaire, changé de place en temps voulu, il est de véritable utilité. Il cessera d'être employé après une dilatation de 9 centimètres.

Il nous reste à parler de l'emploi des ballons dont l'usage fut très répandu il y a quelques années. Le ballon de Champetier de Ribes est celui qui fut surtout employé dans le cas qui nous occupe,

Il peut servir immédiatement au début de l'intervention ou pour terminer hâtivement la dilatation déjà commencée, après l'application de l'écarteur Tarnier par exemple. Il rendra certainement service, mais il faudra pour cela qu'il soit bien manœuvré, ce qui ne va pas sans une certaine habitude. Il a surtout pour avantage d'augmenter la pression intra-utérine tout en s'opposant à l'hémorragie, ce pendant que le travail progresse.

Nombreux sont les cas où l'introduction du ballon dans la cavité utérine est pour ainsi dire impossible ; après la rupture de la poche des eaux, en effet, une partie fœtale peut venir s'appliquer exactement sur le segment inférieur et sur l'orifice qui est dur, rigide, comme tout le reste de l'utérus ; d'autres fois et c'est le cas le plus difficile, c'est une primipare dont le col

est rigide, non effacé et dont le segment inférieur est de consistance ligneuse s'opposant à n'importe quelle manœuvre d'introduction d'un ballon.

En résumé, après avoir passé en revue toutes les méthodes employées et fait un choix parmi celles qui nous paraissent les plus rationnelles et semblent donner les résultats les plus heureux, l'observation nous fait constater qu'il n'y a pas de règles fixes, absolues, dans le traitement du décollement du placenta normalement inséré, que la conduite à tenir doit varier suivant les circonstances et qu'il n'est du reste pas toujours facile *à priori* de s'arrêter à tel procédé plutôt qu'à tel autre, celui-ci devant quelquefois remplacer celui-là. Aussi le praticien ne doit-il pas perdre de vue que les circonstances peuvent devenir subitement très graves, auquel cas il devra vider l'utérus le plus tôt possible par l'accouchement forcé.

Dans des circonstances plus rares où le temps manquerait pour intervenir autrement, la césarienne conservatrice ou s'il est besoin l'hystérectomie abdominale sub-totale serait immédiatement tentée.

Il nous reste à indiquer quels sont les moyens thérapeutiques pour lutter contre l'anémie qui s'empare inévitablement de la femme épuisée par l'hémorragie et lui donner les éléments nécessaires à la réparation de ses forces.

Tout d'abord la femme devra rester horizontale, immobile, la tête basse ; on renouvellera souvent les enveloppements chauds, on fera des piqûres de caféine, de spartéine, d'éther ; on donnera de l'alcool, des exci-

tants de toutes sortes. On fera 500, 1.000, 2.000 gr. de sérum artificiel en une ou plusieurs fois pour relever la tension artérielle et restituer à l'économie une partie de ses éléments nutritifs.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (Résumée).

Décollement prématuré du placenta. Femme éclamptique morte à l'hôpital (Winter). Observation publiée en 1889.

Le 21 février 1881, à 5 h. 30 du matin est apportée à la clinique, une primipare de 27 ans, éclamptique. Cette femme a eu ses dernières règles le 15 juillet 1880; elle a une bonne santé habituelle. Il y a deux jours elle a ressenti des troubles de la vue, puis elle a eu de la céphalée et des nausées. Vingt-quatre heures après ces prodromes, sont survenus des accès éclamptiques qui se sont reproduits plusieurs fois.

La patiente a un peu d'œdème des membres inférieurs, du visage et des paupières. L'urine est peu abondante, brune, très riche en albumine.

L'abdomen est régulièrement développé; le fond de l'utérus est à trois travers de doigt au dessus de l'ombilic. Les bruits du cœur s'entendent à gauche de la ligne blanche, au nombre de 128 par minute.

La poche des eaux est encore intacte, on y sent une partie qu'il est difficile de reconnaître par l'examen fait avec ménagement. De temps en temps, par le palper on sent nettement des contractions; la malade est sans connaissance et ne réagit à aucune excitation.

Dans la clinique, elle eut encore trois accès; on la soumit à l'influence continue des narcotiques pendant dix heures. Aucun accès ne s'étant reproduit, on cesse et la connaissance paraît revenir un peu; la patiente répond, demande à boire, urine spontanément et dort ensuite tranquillement, avec un pouls régulier, battant 70 fois par minute; elle a en somme l'apparence d'une convalescente d'éclampsie.

Pendant ce temps des contractions faibles se produisent, l'accouchement n'avance pas sensiblement.

Subitement, à 7 heures du matin, la respiration s'arrête pendant que le pouls reste encore bon; mais bientôt ce dernier devient plus faible et sans qu'une nouvelle respiration spontanée survienne, la patiente meurt, et cela dix minutes après le début des accidents.

L'examen du cadavre, après l'autopsie, montre que le fond de l'utérus dépasse sur la ligne médiane, l'ombilic de trois travers de doigt est juste médian.

La portion vaginale du col est profondément située; l'orifice externe est un peu boursoufflé et laisse pénétrer aisément le doigt. La poche des eaux est intacte. L'orifice interne ne se laisse pas nettement sentir; le col paraît complètement effacé.

L'enfant se présente par le siège et ce dernier est encore au dessus du détroit supérieur.

Description de la coupe (1). — La coupe ne suit pas très exactement la ligne médiane, mais elle passe par hasard au milieu du promontoire Pr.

En avant elle passe à 7 millimètres à droite de la ligne médiane par la branche horizontale du pubis Sy. En arrière elle passe exactement par le milieu du promontoire et au dessus s'écarte un peu à gauche.

Le canal vertébral est ouvert jusqu'à la partie inférieure du sacrum et ses cinq vertèbres sont dans la coupe, tandis que le coccyx est resté à droite de celle-ci.

Malgré les précautions prises, l'utérus est descendu dans le bassin, de telle sorte que l'insertion tubaire n'est plus qu'à 0,20 centimètres du bord supérieur de la symphyse et en outre il s'est un peu couché sur la colonne vertébrale, de sorte qu'il s'est fait une légère rétroversion de l'utérus.

La plus grande longueur du fond de la cavité utérine à la partie supérieure de la portion du canal cervical non encore effacé est de 25 centimètres.

Le revêtement péritonéal entoure tout l'utérus et s'étend en avant jusqu'au bord de la vessie V. En arrière, il va exactement jusqu'à la partie supérieure du cul-de-sac postérieur du vagin.

Au fond l'épaisseur de la paroi utérine atteint 7 millimètres.

La paroi antérieure mesure en haut 6 millimètres et au milieu 5 millimètres. Au point le plus aminci du segment inférieur elle n'a que 2 millimètres.

La paroi postérieure mesure 8 millimètres au niveau du bord

(1) Voir *fig. 1*, p. 23. Rousseau-Dumarest, thèse de Paris, 1892.

supérieur du placenta P; elle atteint sa plus grande épaisseur, soit un centimètre, au milieu de celui-ci et retombe à 7 millimètres au niveau du bord inférieur du placenta. Au point le plus mince du segment inférieur, son épaisseur n'est que de 3 millimètres.

L'adhérence lâche du péritoine en avant commence à 8 centimètres et en arrière à 6 centimètres au dessus de l'extrémité supérieure de la portion encore conservée du canal cervical.

Cette limite de l'adhérence du péritoine correspond en avant au bord supérieur de la symphyse Sy et en arrière à l'union de la 3^e et de la 4^e vertèbre sacrée.

Le canal cervical est compris dans la coupe dans toute sa longueur.

La lèvre antérieure est encore en partie conservée et infléchie presque à angle droit, tandis que la lèvre postérieure ne concourt plus à la formation du canal cervical que par une partie de 1 centimètre de long environ.

L'effacement est beaucoup plus avancé en arrière qu'en avant.

Les membranes revêtent l'utérus et sont exactement appliquées à la paroi interne; mais dans le segment inférieur elles sont déjà en partie décollées par le déplacement de l'œuf et par le retrait de la paroi utérine.

Le décollement commence en avant à 6 centimètres de la partie supérieure du canal cervical non encore effacée et à 4 centimètres de l'orifice interne; en arrière, à 5 centimètres de la partie supérieure du col non encore ouvert et à un centimètre de l'orifice interne. La ligne du décollement court dans la moitié droite de l'utérus, en offrant une légère convexité supérieure.

L'amnios existe encore et suit d'abord exactement les contours du segment inférieur, puis il s'applique à la face interne du col effacé.

Le chorion s'est déjà déchiré et s'est en partie retiré. En avant il est encore uni à l'amnios dans une étendue de 2 centimètres, puis il se sépare de lui et se retire, de telle façon que la déchirure se voit en dehors du plan médian à 1 ou 2 centimètres au dessous de l'amnios.

Dans la partie inférieure de l'utérus, apparaît à travers les membranes et au dessous d'elles, une mince couche X formée de sang coagulé, qui, dans la coupe, apparaît comme un caillot sanguin plat entre les membranes et la paroi utérine. Ce sang vient du placenta P et a séparé les membranes de la paroi dans une étendue d'environ 6 centimètres.

Le placenta P occupe la paroi postérieure et empiète dans la moitié droite ; il est fortement repoussé en bosse dans la cavité utérine, principalement au voisinage de l'insertion du cordon ; dans les parties latérales de la moitié droite de l'utérus il est poussé jusqu'au contact avec la paroi antérieure. Au dehors l'utérus en cet endroit n'est pas repoussé et a conservé ses contours normaux.

Le placenta est, dans la plus grande partie, séparé de la paroi utérine par une hémorragie C ; à la périphérie supérieure il est décollé presque jusqu'au reploiement des membranes, tandis qu'en bas 4 centimètres environ adhèrent encore à la paroi utérine. La surface utérine du placenta est devenue, par suite du sang qui y est attaché, une surface un peu inégale.

La coupe du placenta est presque exactement centrale. Pour étudier l'extension de l'hématome rétro-placentaire, j'ai

fait à cette place plusieurs coupes parallèles et horizontales. De leur examen, il résulte que dans le plan de la coupe médiane qui passe près du bord gauche du placenta, la plus grande partie du placenta est décollée et que 3 centimètres seulement adhèrent à la paroi utérine.

L'hématome a, à cet endroit, une forme étendue en long. Vers le milieu du placenta il prend une forme plus ronde et devient juste central. Dans le voisinage de l'insertion placentaire où le placenta est le plus bombé, il y a en haut et en bas également, un grand circuit du placenta encore adhérent, tandis que l'hématome qui est central mesure là 4 centimètres d'épaisseur et 5 centimètres de long. Un peu plus loin, vers la moitié droite, s'avance, vers le tissu placentaire lui-même, un rameau de l'hématome qui atteint presque la face fœtale du placenta ; c'est là que l'hémorragie a son plus grand développement.

L'hémorragie à la périphérie droite du placenta et en haut, arrive immédiatement au bord ; plus loin, par en bas, le bord du placenta est encore adhérent. Le débordement sanguin sous les membranes doit venir de la périphérie droite, car là seulement, l'épanchement sanguin décolle le bord du placenta.

OBSERVATION II

Bassin rachitique 10 cm³. — Décollement prématuré du placenta normalement inséré au cours de la période d'expulsion. — Brièveté accidentelle du cordon. — 1 circulaire autour du pied gauche, 2 autour du cou. — Version par manœuvres internes. — Expulsion du placenta derrière la tête du fœtus. —
Enfant mort. Clinique Baudelocque, n° 1164 (1898).

La nommée Eugénie F., âgée de 36 ans, couturière Vpare, arriva à la salle de travail, le 9 juillet, à 1 heure du matin.

Antécédents héréditaires. — Mère morte de la tuberculose. Mari mort de la tuberculose.

Antécédents physiologiques. — A marché à 4 ans, toujours bien, réglée à 15 ans 1/2.

Antécédents pathologiques. — Scarlatine à 17 ans. Fièvre typhoïde à 32 ans.

Grossesses et accouchements antérieurs. — 4 grossesses antérieures ayant donné 4 enfants, dont un seul est actuellement vivant.

Grossesse actuelle. — Date des dernières règles, 19 au 22 septembre 1897.

Hauteur de l'utérus, 35 centimètres.

Age de la grossesse, 9 mois.

Examens général et obstétrical. — Incurvation rachitique des tibias.

Tension des parois, moyenne.

Présentation du sommet, engagement non effectué. Position D T.

Auscultation. A droite du niveau de l'ombilic.

Observations. — Cette femme se repose au dortoir depuis le 25 juin, date à laquelle on lui pose une ceinture, pour fixer la tête très mobile ; elle entre à la salle le 9 juillet, à 2 h. 35 du matin ; la dilatation est comme 2 francs, la tête très élevée en GT. La poche des eaux se rompt à 9 h. 30 ; la dilatation est alors comme une petite paume, le liquide est teinté en vert. M. Pinard l'examine à 10 h. 30 ; la dilatation est alors complète ; pendant que la femme pousse, il constate que la tête qui est inclinée sur son pariétal postérieur progresse lentement, la suture sagittale s'éloignant peu à peu de la symphyse ; il pense que l'accouchement spontané pourra se faire spontanément.

Vers midi, les bruits du cœur se modifient et tombent à 125-90. Jusqu'à midi 40 la femme pousse avec énergie ; par le toucher, on constate que la suture sagittale s'éloigne de la symphyse et se rapproche du promontoir en même temps que la tête fait dans l'excavation une saillie plus appréciable.

A midi 15 la femme cesse de pousser d'une façon efficace, elle se plaint d'une sensation d'étouffement, d'une douleur pénible au creux épigastrique. Les bruits du cœur sont de nouveau sourds, mal frappés et tumultueux. L'utérus est relâché, flasque surtout au niveau du fond où les petites parties semblent sous la main. Une nouvelle contraction apparaît, la femme pousse à peine.

A ce moment, on constate par la vulve un écoulement de sang rouge ; le pouls est à 120, les pulsations fœtales sont à peine perçues. M. Pinard conseille de pratiquer une application de forceps. M. Baudron introduit la main pour aller à la recherche de l'oreille postérieure ; il s'écoule une certaine quantité de sang au moment où la tête est soulevée par cette manœuvre ; la branche postérieure est introduite, mais quand on retire la main gauche un flot de sang s'écoule derrière elle ; la branche est alors retirée, et la main de nouveau introduite pour aller explorer la cavité utérine au dessus de la tête, constate : 1° que le placenta est complètement décollé ; 2° que le muscle utérin est suffisamment relâché pour permettre de pratiquer la version : la main va alors à la recherche d'un pied et trouve une anse du cordon autour de la jambe gauche, celle qui répond au pied postérieur ; on le saisit rapidement après avoir dégagé le cordon. L'évolution du fœtus se fait sans difficultés et le fœtus est extrait très vite. Le cordon fait autour du cou deux circulaires serrés ; le placenta suit le fœtus et le coiffe.

Accouchement. — Début du travail : 8 juillet, 2 heures du soir.

Entrée à la salle de travail : 9 juillet, 2 h 30 matin.

Etat de la dilatation à l'entrée : 2 francs.

Dilatation complète : 9 juillet, 10 h. 30 matin.

Durée de la période de dilatation : 14 heures.

Rupture spontanée précoce des membranes.

Liquide amniotique : vert.

Extraction du fœtus : le 9 juillet, midi 25.

Quantité de sang perdu avant l'expulsion : considérable.

Durée totale du travail : 15 h. 55.

Expulsion spontanée du placenta après le fœtus.

Observations. — Injection de sérum salé : 500 gramm s.

Pouls : 110.

Température : 37° 4.

Enfant. — Sexe : masculin, mort.

Poids : 2.950 grammes.

Longueur : 49 centimètres.

Annexes. — Placenta de forme discoïde.

Poids : 458 grammes.

Membranes : déchirées et incomplètes.

Cordon : insertion normale.

Longueur : 68 centimètres. Formait 2 circulaires autour du cou. 1 circulaire autour du pied droit.

OBSERVATION III

Décollement du placenta par brièveté accidentelle du cordon.

(Leçon du 20 novembre 1891 à la clinique Baudelocque, par M. Pinard.)

La nommée X..., grande multipare fut apportée le 9 mai 1884 à l'hôpital Lariboisière. Cette femme en était à sa onzième grossesse et à 8 mois 1/2 de sa dernière grossesse. Elle avait toujours été bien portante jusqu'à ce jour. En ramassant de l'herbe, à Aubervilliers, elle fut prise tout à coup d'une grande douleur de ventre et perdit du sang. On la trans-

porta à l'hôpital Bichat, puis de là chez une sage femme, et enfin à l'hôpital Lariboisière où elle arriva exsangue.

On fit tout d'abord le diagnostic d'insertion vicieuse du placenta et, en l'absence de M. Pinard, on pratiqua le tamponnement, mais malgré les soins qui lui furent donnés, cette femme mourut 12 heures après.

En pratiquant l'autopsie, on trouva l'œuf intact et décollé de toutes parts. L'ouverture pratiquée dans l'œuf permit de voir que le cordon ombilical faisait un nœud autour du pied de l'enfant.

OBSERVATION IV

Méso-Cordon. — Hémorragie rétro-placentaire. — Accouchement prématuré. — Clinique Baudelocque n° 562 (1898).

La nommée Pauline L..., âgée de 27 ans, blanchisseuse, IVpare, entre à la salle de travail le 4 avril 1898 à 9 heures 30 du matin.

Antécédents héréditaires. — Nuls.

Antécédents physiologiques. — A marché à 18 mois toujours bien. Réglée à 13 ans 1/2 régulièrement.

Antécédents pathologiques. — Nuls.

Grossesses et accouchements antérieurs. — Deux accouchements en 1890 et 1892 à terme d'enfants vivants. Un avortement de 5 mois. Même père.

Grossesse actuelle. — Dernières règles, 28 au 30 juillet 1898.

Apparition des mouvements actifs : décembre.

Hauteur de l'utérus : 28 centimètres.

Age la grossesse : 8 mois.

Accidents et complications. — Le 3 avril, à 10 heures du soir, étant couchée, la femme perdit une certaine quantité de sang clair ; depuis elle continue à avoir un suintement sanguin jusqu'à son arrivée à la clinique. Au moment de l'accouchement on constate un léger nuage dans ses urines.

Examen général. — Peau, squelette, cœur, poumons : normaux.

Examen obstétrical. — Seins, ventre, utérus : normaux.

Tension des parois : moyenne.

Présentation : sommet.

Engagement : effectué.

Position et variété : gauche antérieure.

Bassin : normal.

Auscultation : à gauche au dessous de l'ombilic.

Observations. — A son arrivée à la clinique, on constate chez cette femme une présentation du sommet profondément engagé avec une poche intacte ; elle perd du sang clair en très petite quantité.

On pense à une insertion du placenta sur le segment inférieur ; mais d'une part l'engagement profond de la tête et l'intégrité des membranes font porter le diagnostic d'hémorragie rétro-placentaire.

Accouchement. — Début du travail : (?) Entrée à la salle du travail : le 4 avril 1898, à 9 h. 30 du soir.

Etat de la dilatation à l'entrée : 2 francs

Variété de la position : gauche antérieure.

Dilatation complète : 8 h. 30 du soir, 4 avril.

Durée de la période de dilatation : (?)

Rupture spontanée tempestive des membranes.

Liquide amniotique : normal.

Variété de position au moment du dégagement : occipito pubienne.

Expulsion du fœtus : le 4 avril à 9 h. 15.

Durée de la période d'expulsion : 15 minutes.

Quantité de sang perdu avant l'expulsion : peu considérable

Quantité de sang perdu depuis l'expulsion jusqu'à la délivrance : nulle.

Durée totale du travail : (?)

Délivrance. — Hauteur de l'utérus au dessus de la symphyse aussitôt après l'expulsion : 16 centimètres ; puis 17, 17, 18, 19, 18, 18 centimètres de 5 en 5 minutes.

Présentation du placenta : face fœtale.

Extraction simple à 9 h. 35, 30 minutes après l'expulsion du fœtus.

Pouls : 100 ; température : 37°8.

Enfant. — Sexe masculin ; mis en couveuse.

Poids : 1 720 grammes Longueur totale : 41 centimètres.

Annexes. — Placenta. Forme discoïde.

Poids : 400 grammes.

Membranes : complètes

Mensuration des membranes : 34/13.

Cordon. — Insertion : excentrique bord supérieur. Longueur : 57 centimètres.

Volume : grêle.

Particularités : un méso-cordon allant de l'insertion du cordon aux membranes du côté du bord supérieur et mesurant

6 centimètres ; le cordon formait un circulaire que l'on a passé sur les épaules du fœtus.

Le placenta est friable. Sur le bord supérieur il y a un petit foyer hémorragique avec une dépression. Sur les membranes du bord supérieur se trouve un énorme foyer hémorragique mesurant environ 15 centimètres de diamètre. Le méso-cordon vient juste se fixer sur les membranes au niveau de ce foyer ; on recueillit 110 grammes de caillots.

En faisant une injection intra-utérine on se rendit compte que le placenta était inséré en avant.

La mère sortit en bon état.

OBSERVATION V

Bassin rachitique. — canaliculé. Présentation du siège complet.

Hydramnios. — Hémorragie par décollement du placenta normalement inséré. — Abaissement d'un pied. — Hémorragie interne. — Accouchement forcé. — Rupture du segment inférieur. — Mort de la femme 1 h. 30 après l'accouchement. — Clinique Baudelocque n° 33 (1898).

La nommée Léontine C..., âgée de 40 ans, couturière, IVpare, est entrée à la salle du travail le 7 janvier 1898, à 2 heures 30 du soir.

Antécédents héréditaires (?)

Antécédents physiologiques. — A marché à 4 ans, difficilement et se fatiguant très rapidement. Réglée à 16 ans.

Antécédents pathologiques. — Anémie. Fièvre typhoïde à 12 ans. A 13 ans, ictus-apoplectiforme laissant la malade dans un état comateux pendant cinq jours, suivant pendant quelque temps de perte de la parole et de paralysie du membre supérieur droit.

Grossesses et accouchements antérieurs. — 1^{re} grossesse en 1894 se terminant par l'expulsion d'un enfant mort trois jours après sa naissance.

2^e grossesse se terminant à 6 mois, le 20 février 1896 (n° 295 clinique Baudelocque), par l'expulsion d'un fœtus mort et macéré ; les suites de couches furent normales.

3^e grossesse se terminant à 7 mois, le 10 novembre 1896 (n° 1962, clinique Baudelocque), par l'expulsion d'un fœtus mort et macéré ; après l'expulsion du fœtus, la femme perdit abondamment ; on fut obligé de pratiquer la délivrance artificielle. Le père est le même pour tous les enfants.

Grossesse actuelle — Dernières règles : du 10 au 14 mai 1897.

Hauteur de l'utérus : 36 centimètres à l'entrée. Age de la grossesse : 7 mois.

Cette femme est venue plusieurs fois consulter à la clinique Baudelocque pendant les mois d'octobre et de novembre ; jamais on n'a trouvé d'albumine dans les urines. Ses urines sont normales au moment de l'accouchement.

Examen général. — Squelette. Femme de petite taille, à membres inférieurs courts et trapus. Facies de rachitique. Dents rayées transversalement, voûte palatine déformée. Les fémurs ont une convexité antérieure, les tibias sont convexes dedans, surtout dans le tiers inférieur ; il existe à gauche un

petit point d'ostéite qui suppure. Lésions osseuses d'hérédosyphilis.

Cœur, poumons : normaux.

Peau : Cette femme ne peut donner aucun renseignement sur les accidents spécifiques qu'elle présente ; elle dit n'avoir jamais été malade ; la grossesse a débuté dans la seconde quinzaine de mai et c'est seulement en septembre qu'elle vit apparaître quelques boutons à la vulve ; elle vint alors à la clinique où on lui donna le traitement anti-syphilitique ; ce traitement n'empêcha pas le développement de syphilides ulcéreuses hypertrophiques sur les grandes lèvres, d'une éruption roséolique sur tout le corps et en particulier sur la poitrine.

Examen obstétrical. — Seins, ventre : normaux.

Utérus : de consistance ligneuse.

Tension des parois : très forte.

Présentation : siège.

Engagement : (?)

Position et variété : (?)

Bassin : rachitique, canaliculé. Sacrum plat avec saillie de tous les disques intervertébraux. Diamètre Pr. SP = 9.8 ; diamètre faux promonto sous-pubien = 8.5.

Auscultation : nulle.

Observations. — Cette femme arrive le 7 février, à 2 h. 30 de l'après midi, ayant perdu depuis le matin une quantité considérable de sang ; sa chemise en est couverte. Elle n'a ressenti aucune autre douleur que celle des contractions utérines qui depuis le matin reviennent toutes les dix minutes environ.

L'utérus mesure 36 centimètres au dessus du pubis (à 7 mois 1/2 de grossesse) ; la femme ressent quelques douleurs même dans l'intervalle des contractions ; l'utérus présente une

dureté ligueuse, surtout dans sa portion droite et inférieure. Le palper est presque impossible, on ne sent seulement en haut et à gauche qu'un pôle qui ressemble à une tête et qui ballotte.

On n'entend nulle part de bruits de cœur ; il s'écoule toujours du sang par la vulve. Au toucher, l'orifice est dilaté comme 2 francs ; on sent une poche des eaux absolument plate, très tendue, qui sépare le doigt d'une partie fœtale très élevée et qui ressemble à un petit membre.

Pouls : 88.

Température : 36°7.

On ne sent nulle part le placenta dans les environs de l'orifice.

M. Bouffe fait le diagnostic d'hydramnios, avec fœtus mort, probablement une présentation du siège, étant donnée la position du pôle supérieur et probablement aussi décollement du placenta normalement inséré.

La poche des eaux rompue laisse écouler 800 grammes de liquide amniotique mélangé à une assez grande quantité de sang. Après l'écoulement du liquide, l'utérus paraît un peu moins tendu ; il ne mesure plus que 31 centimètres. On donne un peu de chloroforme pour pouvoir pratiquer le toucher manuel afin de s'assurer exactement de la présentation et intervenir, car l'écoulement du sang rouge continue.

M^{lle} Roze introduit la main, reconnaît une présentation du siège complet en sacro droite ; chaque fois qu'on repousse légèrement la partie fœtale, il s'écoule du sang. On discute alors pour savoir s'il faut introduire un ballon ; mais la partie fœtale est exactement appliquée sur l'orifice qui est très dur ainsi que le segment inférieur ; d'un autre côté l'enfant est

mort, il n'y a donc plus à le préserver ; on se décide à abaisser un pied. M^{lle} Roze dilate lentement l'orifice qui arrive à être comme 5 francs, puis M. Bouffe abaisse un pied, le droit. Pendant que M^{lle} Roze a un doigt sur l'orifice, M Bouffe tente quelque tractions pour tâcher d'engager le siège ; mais on juge cette manœuvre dangereuse et on laisse les choses ainsi. La femme ne perd plus ; la hauteur utérine est de 31 centimètres, le pouls à 90 (4 h. 10 du soir). On fait une injection de sérum salé de 500 grammes. La femme vomit ; son état n'est pas bon, la face est très pale ; on remarque chez elle un peu d'agitation.

20 minutes après, à 6 h. 30, il ne s'écoule toujours rien au dehors.

Mais, comme son état devient grave, on place la femme dans la position obstétricale et M. Bouffe tente l'extraction.

La main gauche est introduite pour surveiller l'orifice, l'engagement du siège et de la cuisse relevé, pendant que la main droite tire légèrement sur le pied abaissé. Quand la main introduite dans l'orifice cherche à reconnaître la position de la cuisse, il s'écoule du sang rouge et pur avec quelques caillots noirs anciens.

Petit à petit le siège s'engage, puis le ventre, et on n'a aucune difficulté pour extraire les épaules et la tête. Immédiatement derrière le fœtus jaillit un jet considérable de sang frais. Cette opération a duré 15 minutes.

La main gauche introduite pour faire la délivrance artificielle sent dans l'utérus le placenta complètement décollé et une quantité considérable de caillots dont on a recueilli 650 grammes en plus du sang liquide écoulé. On sent une déchirure du cul de sac latéral droit, on entre dans le ligament

large, mais il ne paraît pas exister de communication péritonéale. L'utérus se contracte énergiquement.

La femme est dans un très mauvais état ; le pouls n'est plus comptable, il est imperceptible. On fait un tamponnement vaginal très serré et on applique sur le ventre un bandage de corps. Depuis la délivrance il s'est écoulé très peu de sang.

Depuis ce moment, 5 h. 30, il est impossible de faire relever le pouls, malgré 1.500 grammes d'injection sous-cutanée de solution salée, plusieurs injections d'éther et tous les moyens habituels : la femme meurt à 6 h. 30.

OBSERVATION VI

Hydramnios. — Rupture artificielle des membranes. — Décollement prématuré du placenta (Bernheim).

Une femme H. ., couturière âgée de 31 ans, entre à la maternité de l'hôpital Lariboisière, le 16 janvier 1893, à 10 heures du matin.

On ne relève chez elle aucun antécédent pathologique héréditaire ou personnel qui puisse mériter une mention. Elle a eu quatre grossesses et quatre enfants mis à terme, dont un seul est actuellement vivant. Le décès des trois autres est peut-être attribuable à une syphilis latente chez elle ou chez son mari, hypothèse qui concorde assez bien avec la complication que présente la grossesse actuelle.

Cette femme a eu ses règles pour la dernière fois à la fin du

mois d'avril ; elle est donc dans son neuvième mois. La grossesse n'a rien présenté de particulier, si ce n'est que le ventre a pris depuis quelque temps un développement considérable.

Le diagnostic d'hydramnios s'impose à l'examen clinique ; la quantité de liquide est jugée très abondante ; le fœtus est très mobile, pas de présentation.

La femme est en douleurs depuis 9 heures du matin ; à son entrée dans le service, vers 10 heures, on trouve un col effacé sans dilatation.

Les douleurs continuent, peu intenses, et à 4 heures du soir, la dilatation offre à peine un diamètre de 6 centimètres.

Pour activer le travail et surtout dans la crainte que la rupture des membranes, tendues, même dans l'intervalle des contractions, se fasse alors que le fœtus présenterait au détroit supérieur une partie anormale, et aussi pour éviter la proci-dence du cordon, si fréquente dans l'écoulement brusque d'une grande quantité de liquide, on rompt les membranes artificiellement à 4 heures.

On prend toutes les précautions pour que le liquide s'écoule lentement, on recueille ainsi 5 litres de liquide amniotique.

Les douleurs augmentent d'intensité ; à 8 heures du soir, la femme perd du sang en assez grande quantité. L'hémorragie s'arrête après une injection d'eau chaude. A 9 heures, nouvelle hémorragie. On n'entend plus les bruits du cœur de l'enfant. On fait le diagnostic de décollement du placenta. La femme accouche à 9 h. 1/2 d'un enfant qui ne fait que quelques mouvements d'inspiration.

Il pesait 2,530 grammes et était d'une pâleur cadavérique. La sortie de l'enfant s'accompagne de l'écoulement d'une no-

table quantité liquide et est suivie de l'expulsion immédiate du placenta et de 700 grammes de caillot.

Le placenta pesait 450 grammes et ne présentait aucune altération apparente.

OBSERVATION VII (Barnes) (1)

Mon second cas s'est produit le 7 août 1880. Il s'agit d'une femme de 35 ans, habituellement en bonne santé et qui a eu plusieurs grossesses antérieures. En même temps que mon collègue le docteur Miller, je fus appelé chez elle. Nous la trouvons pâle et dans le collapsus, avec pouls rapide et lèvres exsangues. Elle était au huitième mois de sa grossesse ; et son histoire est la suivante : une semaine auparavant, elle a souffert d'une diarrhée grave ; et un matin elle est tombée du haut en bas d'un escalier. Elle put à peine se remuer ensuite. En arrivant au haut de l'escalier, elle tomba en faiblesse après avoir eu la sensation de défaillance et de vertige ; cet état fut suivi de maladie, de froideur et d'une grande prostration. Nous avons vu la malade quatre heures environ après l'accident ; elle avait déjà une défaillance qui durait depuis quelques moments. On avait alors l'impression immédiate d'une malade qui mourait à la suite d'une perte de sang. Cependant, un examen fait avec le plus grand soin ne montrait aucun symptôme

(1) Lancet. London, 1881-82, p. 1038. *On concealed accidental hæmorrhage.*

d'hémorragie, ni même le suintement d'une goutte de sérum ; c'est là le point le plus important sur lequel fut posé le diagnostic d'hémorragie méconnue. L'intestin a fonctionné comme elle venait de se coucher, et depuis quelque temps nous hésitions à dire si c'était l'hémorragie ou le collapsus de la diarrhée qui avait produit cet « état prostatique » dans lequel nous avons trouvé notre malade. On ne percevait plus les battements du cœur du fœtus. L'examen vaginal révéla une présentation normale et un col de l'utérus qui ne laissait passer que le bout du doigt ; le vagin était froid au toucher. Nous administrons de l'opium ; mais le collapsus augmente, et la malade mourut deux heures après notre première visite où nous l'avions trouvée en état de syncope. Le jour suivant, j'ai fait un examen post mortem et l'état de l'utérus est la seule chose qui mérite mention. En ouvrant l'abdomen, j'ai observé une ecchymose sur la paroi antérieure de l'utérus, juste au dessous et à droite de son point central. Cette ecchymose ne correspond pas manifestement à la contusion qu'on observe sur la paroi abdominale. En ouvrant l'utérus, le long de la ligne médiane, je tombe d'emblée sur le placenta qui était fixé sur la partie moyenne de l'utérus. Par en bas, il était décollé sur une étendue grande comme la paume de la main ; la partie décollée correspondait exactement par sa situation à l'ecchymose. Entre la paroi de l'utérus et les membranes, je trouvais un immense amas de caillots et de sérum que j'expulsaï et recueillis dans un bassin ; il n'y en avait pas moins de quatre pintes. Les membranes étant restées intactes tout le temps, il ne se trouvait pas de sang mélangé au liquide amniotique. L'orifice du col de l'utérus était fermé à tel point qu'on ne pouvait y introduire le doigt qu'en employant la

force Le fœtus était bien nourri ; le placenta et l'utérus étaient sains. Dans ce cas, il paraît peu douteux, par suite de la coïncidence de l'ecchymose et du décollement partiel du placenta, que le décollement ne soit dû aux suites de la chute faite dans l'escalier, au moment où la malade était déjà affaiblie par les effets de la diarrhée

OBSERVATION VIII (Budin)

Décollement du placenta normalement inséré par rupture du sinus circulaire (Leçon du 26 mars 1896, à la Maternité).

Je devais donner mes soins à une jeune dame, primipare, que j'avais connue enfant. La grossesse avait évolué normalement et elle était arrivée au terme de 8 mois et quelques jours. Je la vis un mardi, il n'y avait pas d'albumine dans les urines, la tête était engagée et le segment inférieur de l'utérus assez mince. Elle faisait chaque jour, sans fatigue, de courtes promenades à pied. La journée du mercredi se passa très bien; le jeudi matin elle se leva à 10 heures, fit sa toilette, s'étendit sur une chaise longue. Je donne ces détails pour montrer qu'il n'est pas possible d'invoquer ni la fatigue, ni le traumatisme, pour expliquer les accidents que nous allons décrire. Pendant le repas de midi, elle se trouva mal à son aise, elle éprouvait des douleurs dans l'abdomen et il lui semblait par moments qu'elle allait défaillir. Après le déjeuner les douleurs du ventre s'accrochèrent et elle s'aperçut qu'elle perdait un peu de li-

quide. Elle me fit alors prévenir. Quand j'arrivai, je la trouvais en proie à des douleurs continues, persistantes, avec exacerbations passagères. A un moment donné ces douleurs avaient été assez fortes pour provoquer des vomissements et pendant les efforts il s'était écoulé un liquide rosé; il ressemblait à du liquide amniotique mélangé d'un peu de sang, mais il n'avait pas l'odeur caractéristique du liquide contenu dans l'amnios.

A la palpation, je sentis l'utérus totalement contracturé, il était dur comme de la pierre et il me semblait augmenté de volume depuis l'examen que j'avais fait l'avant-veille. La contraction de l'utérus était continue. Je restai environ une heure auprès de cette dame; à aucun moment la paroi utérine ne se relacha complètement.

A l'auscultation j'entendis des battements à la région moyenne de l'utérus; ils étaient sourds et tellement lents que je crus d'abord entendre les battements du cœur maternel. Mais en auscultant toute la région située entre la matrice et le cœur, je constatai que ces battements s'affaiblissaient dans l'intervalle des deux organes; de plus, en prenant le pouls de la mère, je vis qu'il était fréquent et nullement isochrone aux battements que j'entendais au niveau de l'utérus. Chose curieuse, le pouls maternel était en réalité plus rapide que les battements du cœur fœtal. L'enfant souffrait donc beaucoup. Au toucher, je trouvais que le col avait disparu, son orifice externe permettait l'introduction de la pulpe du doigt, on sentait les membranes tendues et, en dehors d'elles, de petites masses qui pourraient être prises pour des cotylédons détachés, mais qui ressemblaient plutôt à des caillots adhérents.

Y avait-il hémorragie par insertion vicieuse du placenta? Mais dans un examen antérieur j'avais trouvé la tête engagée,

ce qui n'existe guère dans le cas du placenta prævia. De plus le liquide sanguinolent qui s'était écoulé ressemblait tout à fait à la sérosité sanglante que la contraction exprime des caillots situés entre la paroi de la matrice et l'œuf dans les cas d'hémorragie intra-utérine.

Je n'étais pas sans inquiétude pour la mère et surtout pour le produit de conception. Afin de diminuer la contracture utérine et pour laisser ainsi plus libre jeu à la circulation utéro-fœtale, j'ordonnai un lavement avec vingt gouttes de laudanum. L'utérus resta dur encore pendant quelque temps ; néanmoins les battements du cœur de l'enfant, tout en étant sourds et faibles devinrent un peu plus fréquents. L'accouchement se fit lentement, il se termina vers 3 heures du matin. L'enfant fut expulsé un peu cyanosé, mais il ne tarda pas à respirer normalement. Derrière lui sortirent immédiatement de gros caillots et le placenta. Les caillots étaient noirs, fermes, et résistants, ils avaient subi une forte compression qui en avait expulsé le liquide.

Quant au placenta, son examen permit de voir qu'il n'était pas inséré vicieusement. En effet, la déchirure des membranes qui était large (18 cent.) arrivait à 7 centimètres de son bord. Une partie de la surface utérine du placenta était recouverte par un gros caillot qui se prolongeait dans le sinus circulaire déchiré. Il était donc évident, que dans ce cas, l'hémorragie provenait d'une rupture du sinus circulaire. Le sang sorti du sinus avait soulevé et décollé en partie le placenta et les membranes ; il s'était coagulé et c'était la portion liquide de ces caillots qui avait donné lieu à l'écoulement séro-sanguinolent par lequel s'était manifestée l'hémorragie intra-utérine.

CONCLUSIONS

I. — Quatre causes de décollement du placenta normalement inséré sont anatomiquement démontrées : l'albuminurie, la brièveté du cordon, l'hydramnios et le traumatisme.

La rupture du sinus circulaire, connue seulement depuis quelques années d'après les travaux récents que nous avons signalés, est une cause relativement fréquente de cette complication.

II. — Le pronostic est très sombre pour l'enfant.

En dépit des statistiques des hôpitaux il restera très sérieux pour la mère.

III. — Le dosage de l'hémoglobine est un bon moyen clinique à la disposition du praticien pour éclairer un diagnostic particulièrement difficile dans les hémorragies internes.

IV. — Aussitôt cette grave complication reconnue, il faut vider le plus tôt possible l'utérus dans les cas graves.

V. — L'opération césarienne, restera dans les cas désespérés la seule chance de salut pour la mère.

Vu : par le Doyen,

DEBOVE.

Vu : par le Président,

P. BUDIN.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris.

L. LIARD.

BIBLIOGRAPHIE

1621. — GUILLEMEAU. — *De la grossesse et de l'accouchement des femmes.*
1675. — PORTAL. — *La pratique des accouchements soutenue d'un grand nombre d'observations.* Paris.
1681. — MAURICEAU. — *Traité des maladies des femmes grosses, Paris.*
1694. — PEU — *Pratique des accouchements.*
1718. — DIONIS. — *Traité des accouchements.* Liv. II, p. 228.
1758. — LEROUX. — *Observations sur les pertes de sang des femmes en couches, etc.* Dijon et Paris.
1759. — PUZOS. — *Traité d'accouchement.*
1796. — BAUDELLOCQUE (J.-L.). — *L'art des accouchements.*
T. I, p. 373. Paris.
1818. — M^{me} BOIVIN. — *Traduction annotée du traité des hémorragies de Duncan-Steward.*
1821. — M^{me} LACHAPELLE. — *Pratique des accouchements,*
T. II.
1831. — BAUDELLOCQUE (C. A.). — *Traité des hémorragies internes de l'utérus.* Paris.

1835. — CAZEAUX. — *De l'hémorragie tociue*. Th. de Paris.
- 1839-40. — IUGLEBY. — *Internal uterine hæmorrhage-Lancet*. London, I. 553-557.
- 1844-25. — THOMPSON (W). — *Singular case of fatal intra-utérine hæmorrhage* London, M. Gaz. xxxv, 289.
1846. — EDWARDS (D.-A). — *Partial séparation of the placenta at the sixth month of gestation withtrout external hæmorrhage but attended with symptomes which rendered the induction of premature parturition necessary*. Lancet-London, II, 321-23.
1846. — JACQUENIER. — *Manuel des accouchements* T. II. Paris.
1849. — BLOT. — *De l'albuminurie chez les femmes enceintes*. Th. doct. Paris.
1851. — TANNER. — *Partial separation of the placenta preceding labor*. Med. Times-London. III, 403.
- 1854-55. — OLDHAM (H) — *On concealed accidental utérine hæmorrhage*. Guy's Hosp. Repr. London, II, 94-102.
1855. — HAWAR (C.-C). — *A case of concealed hæmorrhage*. N. Orl. Med. et Surg. J. XII, 406.
1860. — JAMES (H). — *Two cases of concealed accidental utérine hæmorrhage*, Lancet-London, II, 428.
1860. — HICKS (J.-B). *On concealed accidental hæmorrhage at the latter end of pregnancy and during labpr*. Lancet-London, T. 274.
1866. — GODEFROY. — *Hémorragie intra-utérine à 8 mois de grossesse ayant déterminé l'accouchement et la mort du fœtus*. Revue de thérap. méd. chir. Paris (XIV). 564-66.
1866. — TUBBS (W-J). — *Hæmorrhage from detached placenta*

- near the eighth month of gestation ; labor induced by Barne's dilator ; recovery. *Brit. M.J.* London, i, 67.
1870. — GOODELL (W). — Concealed accidental hæmorrhage of the gravid womb. *Am J. obst N.-V.* II, 281-346.
1873. — BAILLY. — Deux faits d'hémorragie interne grave pendant le travail et après l'accouchement. *Gaz. des Hôpitaux.* Paris, XLVI, 764.
- 1873-74. — EHSLEMAN. — A case of concealed hæmorrhage with detached placenta at the seven and a half months. *Phila. M. Times*, IV, 237.
1874. — PILAT. — Hémorragie au début du travail par suite du décollement prématuré du placenta ; mort du fœtus ; délivrance artificielle, guérison de la mère. *Ann. de gyn.* Paris, I, 361-365.
- 1874 — WILLIEN (L.-J.) — Uterine hæmorrhage appearing after five and ou alf months gestation, caused by detachment of the placenta ; premature delivery favorable to mother and child. — *Chicago, M J.*, XXXI, 457-59.
- 1874-75. — BRUNTON (M) — Accidental concealed hæmorrhage. *Proc M. Soc. London.* II, 188.
1875. — HEMMIG (C.). *Hémorragia gravidæ internæ.* *Arch. F. Gynaëk, Berlin*, VIII. 336-342.
- 1875-76. — BRUNTON (J.). — On accidental concealed hæmorrhage With cases. *Obst. J. Gr. Britain.* London III. 437-47.
1876. — THOMPSON (J.-A.). — On a cure of concealed accidental hæmorrhage. *Med. Press et Circ.* London. XXI, 255-297.
- 1877-78. — MABERLY. — Accidental hæmorrhage, *Journ. of great. Brit.*

1878. — PULLIN T.-H.-S.). — *Case of concealed hæmorrhage.*
Med. Press. and Circ. London. XXV, 345.
1878. — STOLZ. — *Nouveau dictionnaire de médecine et de*
chirurgie pratiques, art. Dystocie, T. XII, p. 191.
1878. — WEATHERLY. — *British medical journal,* 24 août.
1881. — BARNES (E.-C.). — *On concealed accidental hæmorrhage*
with cases. London-Lancet. II, 1038 1040.
1882. — SPIEGELBERG. — *Lehrbuch der Geburt,* p. 360.
1884. — BUDIN P. — *Archives de tocologie.* Janvier.
1884. — WEY (W. C.). — *Concealed accidental hæmorrhage*
complicating labor at term, resulting in the death, of the
fœtus and the alarming, prostration of the mother. Med. Rec.
NY XXV, 146.
1885. — WINTER. — *Zeitschrift für Geburtshülfe, und gynæco-*
logie T. XI, p. 415.
- 1885-86 — FRENDEBERG. — *Ueber metr. grav. interna. Arch.*
f. Gynak, p. 485-498.
1886. — REYNOLDS. — *A case of concealed accidental hæmor-*
rage. Boston, M. et S. J., 463.
1886. — FELHING. — *Arch. für gynækologie.*
1887. — ROUHAUD. — *Lésions du placenta dans l'albuminurie.*
Th. doct. Paris.
1888. — ROSSIER. — *Klinische und histologische. Untersuchun-*
gen über die Infarcte der Placenta. Leipzig.
1888. — ATCHISSON (W.-A.). — *Concealed ante partum hæ-*
morrhage Nashvill. J. M. et S. XXV, 6.
1889. — WINTER. — *Zwei Médianschitte durch Gebærende.*
Berlin, p. 21.
1889. — GOODELL (W.). — *Concealed accidental hæmorrhage*
of the gravid uterus, Am. J. Obs. p. 281.

1890. HABERLIN — *Centralblatt für gynäk*, IV, 457 60.
1890. — LORTRIGHT. — *Accidental hæmorrhage. Brooklyn. M.-J.* IV. 646-52.
1891. — M^{me} HENRY. — *Annales de gynécologie et d'obstétrique*. T. XXXVI, 357.
1891. — CAGNY. — *Hémorragies placentaires de l'albuminurie*. TH. doct. Paris.
1891. — COE — *Concealed accidental hæmorrhage during labor with a report of a fatal case. Am. J. obst. N. Y.* XXIV, 152.
1892. — MARSH (J.-P.). — *Case of hæmorrhage from the normally implanted placenta, N. Y. M. J.* LVI, 323.
1892. — SUTER. — *Report of a case of partial separation of the placenta causing accidental hæmorrhage during pregnancy and premature delivery. Am. J. obs. N. Y.* XXV, 215.
1892. — GREEN (F.-M.). — *Case of ante partum hæmorrhage in which the placenta was normally situated. Med. News. Phila.* LX, 18.
1892. — STORER (M.). — *Remarks on the radical treatment of certain cases of grave concealed hæmorrhage. Boston. M. et S. J.* CXXVII, 377.
- 1892 — PINARD ET VARNIER. — *Études d'anatomie obstétricale normale et pathologique*. Paris.
1892. — DUMARCET. — *Du décollement du placenta normale-ment inséré. Th. doct.* Paris
1892. — VARNIER. — *Revue pratique d'obstétrique et de pædiatrie*. T. V. Juin.
1892. — IRÉNE (F.-M.). — *Case of ante partum hæmorrhage in which the placenta was normally implanted. Med. News. Phila.* LX, 18.

1892. — HELLIER. — *Concealed ante-partum hæmorrhage and placental apoplexy.* *Lancet.* London. I, 1, 237.
1893. — LAJOIE (M.-I.). — *Hémorragie rétro-placentaire survenue pendant la grossesse.* *Un méd. du Canada* Montréal. VII, 225.
1893. — OUI (M.). — *De l'albuminurie gravidique comme cause de la mort du fœtus.* *Gazette hebd. sciences méd.,* 484-98-602.
1893. — BERNHEIM. — *Hydramnios, rupture artificielle des membranes. décollement prématuré du placenta.* *Journ. de méd. de Paris,* 9 juillet.
1894. — HAWARD KELLY. — *Am. J. obst.,* XXX.
1894. — BUÉ. — *Décollement prématuré du placenta à insertion normale.* *Arch. tocol. et gynœc.* Paris, XXI, 481.
1894. — WEISS. — *Neber vorzeitige Lösung der normal sitzenden Placenta.* *Arch. für. Gyn.* XLVI, 2.
1895. — DAKIN (W.-R.). — *Concealed accidental hæmorrhage; fœtus, placenta and membranes delivered entire.* *Tr. Obst. Soc. London.* XXXVI, 315.
1895. — DOLÉRIS. — *Hémorragie par décollement prématuré du placenta situé très haut.* *Soc. obst. et gyn.* Paris. Janvier, 10.
1896. — ALLEN (L.). — *Hæmorrhage into the sar during the ninth month.* *Tr. Am. Inst. Homœop.* Phila 845.
1897. — BUDIN. — *Femmes en couches et nouveau nés,* p. 143.
1897. — O'BRIEN (J.-W.). *Sudden death in labour.* *Edmyb. M. Ireland* Dublin, XV, 357.
1897. — GOTTSCHALK. — *Fall von vorzeitigem Lösung der normal sitzenden Placenta in G. Schwangerschaftsmonat bei*

- Schangerschaftsnephritis.* — *Ztsch. f. geburtsh a. gynat.*
Stuttg. XXXVI, 542
1897. — BENNET (J.-H.). — *Hæmorrhage from premature separation of the placenta.* *Am. J. Obst. N.-V.* XXXV, 699-701.
1897. — FINDLEY (P.). — *Concealed hæmorrhage Iowa M. J. des Moines*, III, 381-390.
1897. — PUECH (P.). — *Hémorragie du placenta prævia on hémorragie du placenta normalement inséré?* *Gazet. Hop.* Paris, p. 30-41.
1898. — LOP. — *De l'hémorragie interne dans les cas de placenta prævia ou de placenta normalement inséré.* *Presse médicale*, Paris, 2 juillet.
1898. — LEHMAN. — *Des hémorragies rétro-placentaires.*
1901. — LELONG. — *De l'hémorragie rétro-placentaire d'origine traumatique.*
1901. — BOUCHACOURT. — *La grossesse. Etude sur sa durée et ses variations.*
1903. — GRULICH. — *Über die vortzeitige ablösung der normal sitzenden Placenta.*
1905. — LEROUX. — *Contribution à l'étude de la rupture du sinus circulaire.*
1905. — DEVRAIGNE. — *De l'hémoglobinométrie dans le diagnostic des liens atones rétro-placentaires.*
1906. — DEVRAIGNE. — *Valeur du dosage de l'hémoglobine dans la pratique des accouchements.*

